DANIEL NEVES FORTE

Associações entre as características de médicos
intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida
em UTI

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
de título de Doutor em Ciências

Programa de: Ciências Médicas
Área de concentração: Educação e Saúde
Orientador: Prof. Dr. Marcelo Park

São Paulo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Forte, Daniel Neves

Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida na UTI / Daniel Neves Forte. -- São Paulo, 2011.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências Médicas. Área de concentração: Educação e Saúde.

Orientador: Marcelo Park.

Descritores: 1.Assistência paliativa 2.Unidades de terapia intensiva 3.Educação médica 4.Tomada de decisões 5.Atitude frente a morte 6.Autonomia pessoal 7.Ordens de não ressuscitar 8.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-241/11

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que compartilham esta experiência chamada Vida que, ao menos da forma como a conhecemos, é finita, pode até ser breve e doída, mas ainda assim é preciosa, misteriosa, bela e única.

“Confundir um tratamento fútil com a futilidade da vida em si é uma séria ofensa à dignidade humana”

Edmundo Pellegrino

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador e amigo Professor Marcelo Park, que há muito me ensina como o conhecimento pode andar junto com a humildade, como o primor técnico pode se aliar ao calor humano e como ao ensinar, aprendemos.

Agradeço aos participantes deste estudo, que em seus plantões, colaboraram gentilmente respondendo ao questionário e com seus diferentes pontos de vista, me fazem pensar e crescer.

Agradeço aos professores Carlos Carvalho, Pedro Caruso, Valdelis Okamoto, Maria Aparecida Basile e Irineu Tadeu Velasco que muito ajudaram com suas valiosas contribuições na elaboração deste estudo.

Agradeço aos meus colegas e amigos do trabalho, que mesmo em meio à dura labuta de plantões e ao sofrimento das doenças, são capazes de transformar o hospital com suas risadas, abraços, ideias e trabalho em um ambiente propício para que todos, profissionais da saúde, pacientes e familiares possam aprender com a vida.

Agradeço à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que me apresentou à Medicina e por onde ando até hoje, às vezes pensativo, às vezes entre amigos e sempre crescendo.

Agradeço a Borges, Pessoa, Vinícius, Morin, Heisenberg, Prigogine, Dennett e tantos outros, que em seus ombros me apóio e em suas idéias me inspiro.

Agradeço aos meus pacientes e às suas famílias, que me ensinam como o ser humano é muito maior do que a linguagem pode descrever, mais fundo do que o olhar pode enxergar, e que me mostram que compartilhamos todos desta experiência, às vezes mágica, às vezes trágica, constantemente inconstante, sempre surpreendente, chamada Vida.

Agradeço aos meus amigos, por suas risadas, pelos seus abraços, pelas suas idéias e pelo prazer de poder ter estas Amizades.

Agradeço aos meus avós, tios, primos e sogros por seu carinho e incentivo.

Agradeço aos meus irmãos, Tatiana e Gustavo, parceiros de descobertas sobre nós mesmos e sobre o mundo, que fazem me sentir parte e me encorajam a seguir em frente.

Agradeço aos meus pais, Wilma e Antonio Carlos, que me alimentam de Amor desde antes do meu nascimento, e me ensinam e me inspiram com suas lágrimas, suor e risos, sendo exemplos de vida para mim.

Agradeço a minha esposa, Taninha, minha parceira, amiga e confidente, que me suporta mesmo quando nem eu mesmo me suporto, pela sua companhia nesta minha jornada, pelo aprendizado que compartilhamos neste casamento e pelo seu Amor que faz me sentir vivo.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

SUMÁRIO

Lista de siglas
Lista de tabelas
Lista de figuras
Resumo
Summary

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Por que estudar fim de vida em UTI?	2
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	5
2.1	Consensos sobre fim de vida em UTI.....	6
2.1.1	Distanásia, ortotanásia, eutanásia e a abordagem dos cuidados paliativos.....	6
2.1.2	Utilização de suporte artificial de vida (SAV) em situações de terminalidade	10
2.1.3	Como acontece o fim de vida em UTI no mundo e no Brasil	13
2.1.4	Reanimação Cárdio-pulmonar e Ordens de Não Reanimar	18
2.2	Como são tomadas as decisões em situações de fim de vida?	20
2.2.1	O papel do médico, do paciente e de sua família	20
2.2.2	Fatores relacionados a decisões de retirada ou limitação de SAV em UTI.....	23
3	OBJETIVOS	26
4	METODOLOGIA	28
5	RESULTADOS.....	37
6	DISCUSSÃO	59
6.1	Sobre a metodologia do estudo.....	60
6.2	Sobre os resultados	62
6.2.1	Sobre as características gerais dos participantes	62
6.2.2	Sobre o envolvimento de profissionais no processo de tomada de decisão em situações de fim de vida.....	63
6.2.3	Sobre o estabelecimento de uma Ordem de Não Reanimação	65
6.2.4	Sobre a conduta mais provável em relação à utilização de suporte artificial de vida em uma potencial situação de fim de vida	68
6.2.5	Sobre a divergência de respostas entre a conduta mais provável e aquela acreditada como a melhor para a paciente	72
6.2.6	Sobre o grau de autonomia dado à paciente e à sua família em decisões sobre fim de vida em UTI	76
7	CONCLUSÕES	82
8	ANEXOS	89
9	REFERÊNCIAS.....	99

LISTAS

LISTA DE SIGLAS

DP	Desvio-padrão
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ONR	Ordem de Não Reanimação
OR	<i>odds ratio</i> , ou razão de chances
RCP	ressuscitação cárdio-pulmonar-cerebral
SAV	Suporte artificial de vida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.0 -	Características dos participantes	39
Tabela 1.1 -	Frequências das reSpostas sobre o processo de tomada de decisão.....	40
Tabela 1.2 -	Análise univariada sobre o processo de tomada de decisão.....	40
Tabela 1.3 -	Análise multivariada sobre o processo de tomada de decisão	41
Tabela 2.1 -	Frequência de respostas sobre o estabelecimento de uma Ordem de Não Reanimação	42
Tabela 2.2 -	Análise univariada sobre Ordem de Não Reanimar.....	43
Tabela 2.3 -	Análise multivariada sobre Ordem de Não Reanimar.....	44
Tabela 3.1 -	Frequência de respostas sobre a conduta mais provável, caso a paciente evoluísse com um choque séptico.....	45
Tabela 3.2 -	Análise univariada das condutas mais prováveis em relação à utilização de SAV em fim de vida e as características dos participantes	46
Tabela 3.3 -	Análise multivariada das condutas mais prováveis em relação à utilização de SAV em fim de vida e as características dos participantes	47
Tabela 4.1 -	Frequência de respostas sobre a conduta que você acredita como sendo a melhor para a paciente	48
Tabela 5.1 -	Frequência de respostas sobre o motivo das diferenças nas respostas entre a conduta mais provável e a conduta acreditada como melhor	50

Tabela 6.1 -	Frequência de respostas sobre o motivo que explica a conduta acreditada como sendo a melhor para a paciente	51
Tabela 7.1 -	Frequência de respostas sobre a possível diferença de condutas nas outras UTIs em que o participante trabalhe	52
Tabela 8.1 -	Frequência de respostas sobre a conduta mais provável frente a uma paciente octagenária com alto risco de óbito e baixa probabilidade de recuperação com funcionalidade	53
Tabela 8.2 -	Análise univariada entre modelos de decisão e características dos médicos	54
Tabela 8.3 -	Análise multivariada entre modelos de decisão e características dos médicos	55
Tabela 9.1 -	Frequência de respostas sobre a conduta mais provável quando a paciente recusa o tratamento invasivo	56
Tabela 9.2 -	Análise univariada entre modelos de decisão e características dos médicos frente a recusa de tratamento invasivo	57
Tabela 9.3 -	Análise multivariada entre modelos de decisão e características dos médicos quando a paciente recusa tratamento	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelos de cuidados paliativos	9
Figura 2 -	Comparação entre as condutas mais prováveis e as condutas acreditadas como sendo melhor para a paciente	48

RESUMO

Forte DN. *Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 115 p.

Objetivos: Este estudo investigou as associações entre características dos médicos e a variabilidade de condutas em fim de vida em UTI. **Métodos:** Um questionário foi aplicado aos médicos das 11 UTIs do HC-FMUSP, apresentando dois casos clínicos. O primeiro apresentava uma paciente em estado vegetativo persistente, sem familiares ou diretivas antecipadas de vontade, com um choque séptico. O segundo, uma paciente de 88 anos, com disfunção de múltiplos órgãos decorrente de uma pneumonia. Investigou-se através do questionário a associação entre condutas e características pessoais, profissionais e educacionais dos médicos. **Resultados:** Foram analisados 105 questionários (taxa de resposta 89%). A média de idade foi de 38 ± 8 anos, com 14 ± 7 anos de graduação em medicina. A maioria das decisões envolveu exclusivamente médicos (66%), 21% envolveram também enfermeiros. Na análise multivariada, especialistas em Medicina Intensiva ($17/22$ vs. $46/83$, $OR=0,205[0,058-0,716]$, $P=0,013$) e médicos mais jovens (38 ± 7 vs. 40 ± 8 ; $OR=0,926[0,858-0,998]$, $P=0,045$) mais frequentemente envolveram enfermeiros no processo de decisão. Ordem de não reanimação (ONR) foi estabelecida por 89% dos participantes, sendo 44% exclusivamente verbais. Médicos que atribuíram a si mesmo notas mais altas em relação ao conhecimento sobre cuidados paliativos mais frequentemente estabeleceriam uma ONR na análise multivariada (6 ± 2 vs. 3 ± 2 , $OR=2,167[1,062-4,420]$, $P=0,034$). A maior parte dos participantes (60%) respondeu que limitaria de alguma forma o suporte artificial de vida (SAV) para a primeira paciente, enquanto 21% respondeu que não limitaria nenhum suporte e 19% retiraria o SAV. Na análise de regressão logística, o interesse em discutir sobre fim de vida em UTI permaneceu como variável de associação independente para retirada ou limitação de SAV ($20/20$ vs. $61/63$ vs. $17/22$, $OR=0,129[0,019-0,894]$, $P=0,038$). Quarenta e seis dos 105 médicos avaliados (44%) apresentavam respostas discordantes para as questões sobre a conduta mais provável e a conduta acreditada como a melhor para a primeira paciente. Dentre estes, 45 (98%) acreditavam que a melhor conduta envolveria o uso de menos SAV do que provavelmente fariam. Motivos relacionados a aspectos jurídicos ou legais foram os mais frequentemente apontados como os motivos para a divergência entre estas condutas. A maioria das decisões (58%) envolvendo uma paciente octagenária lúcida na UTI com alto risco de morte ou de baixa funcionalidade em caso de sobrevivência foram decisões paternalistas, e não ofereceram qualquer autonomia à paciente ou a sua família. A análise multivariada observou que médicos mais jovens (39 ± 8 vs. 41 ± 8 , $OR=0,966[0,939-0,994]$, $P=0,016$) e que leram mais artigos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI ($15/44$ vs. $12/61$, $OR=2,404[1,018-5,673]$, $P=0,045$) estavam associadas de forma independente ao compartilhamento da decisão com a paciente e/ou sua família, provendo assim algum grau de autonomia. **Conclusão:** Características dos médicos que trabalham em UTIs como idade, interesse e educação em cuidados paliativos em UTI se associam a variabilidade de condutas em fim de vida em UTI. Quarenta e quatro por cento dos médicos investigados não agiriam conforme o que julgam melhor para a paciente, utilizando-se de mais SAV do que julgam melhor. Motivos legais foram os mais citados como a causa desta discrepância de condutas.

Descritores: Assistência paliativa; Unidade de Terapia Intensiva; Educação médica; Tomada de decisões; Atitudes frente a morte; Autonomia pessoal; Ordens de não Ressuscitar; Qualidade de vida.

SUMMARY

Forte DN. *Association between physician's characteristics and variability in end-of-life care in the ICU* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2011. 115 p.

Purpose: To investigate associations between physician education in end-of-life (EOL) care and variability in EOL practice in the ICU, and differences between actual EOL practice and what physicians believe is best for the patient. **Methods:** Physicians from 11 ICUs at a university hospital completed a survey presenting a patient in a vegetative state with no family or advance directives. Questions addressed approaches to EOL care, and physicians' personal, professional and EOL educational characteristics. **Results:** One-hundred-and-five questionnaires were analyzed (response rate 89%). Respondents' mean age was 38 ± 8 years, with a mean of 14 ± 7 years post-graduation. Physicians who applied written do-not-resuscitate (DNR) orders had more often attended EOL classes than those who did not apply DNR orders (31/47 vs. 0/7, OR=1.818[1.456-2.159], P=0.001). Younger physicians (38 ± 7 vs. 40 ± 8 years, OR=0.926[0.858-0.998], P=0.045) and ICU specialists (17/22 vs. 46/83, OR=0.205[0.058-0.716], P=0.013) more often involved nurses in EOL decision-making than did other physicians. Physicians who would withdraw life-sustaining therapies had more often read about EOL (11/20 vs. 3/22, OR=1.306[1.001–1.547], P=0.012) and had more interest in discussing EOL (20/20 vs. 17/22, OR=4.717[2.048–7.381], P<0.001), than physicians who would apply "full code". Forty-four percent of respondents would not do what they believed was best for their patient: 98% of them believed a less aggressive attitude was preferable with legal concerns the leading cited cause for this dichotomy. **Conclusions:** Physician education about EOL issues is associated with variability in EOL decisions in the ICU. Actual practice may differ from what physicians believe is best for the patient.

Descriptors: Palliative care; Intensive Care units; Education, medical; Decision making; Attitude to death; Personal autonomy; Do not resuscitate orders; Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

1.1 POR QUE ESTUDAR FIM DE VIDA EM UTI?

O conhecimento médico aumentou vertiginosamente durante o século XX. Este crescimento é visível hoje nos grandes hospitais, na enorme produção científica das áreas da saúde, nos progressos alcançados pelas ciências farmacêuticas. A capacidade médica de intervenção e modificação do curso natural de diversas doenças foi ampliada com a incorporação do pensamento e da metodologia científica à prática médica, associada a novas tecnologias disponíveis. Doenças antes fatais tornaram-se potencialmente curáveis, como pneumonias, câncer e tuberculose, ao passo que outras, como o diabetes tipo 1 e a hemofilia, que antes eram letais para os jovens acometidos, são hoje doenças de evolução crônica graças às intervenções médicas. Antes do século XX, pacientes vítimas de politraumatismos graves recebiam os cuidados até então limitados em seus domicílios, resignando-se a aceitar uma morte considerada inevitável ¹. Hoje são altos os índices de sobrevivência para pacientes vítimas de politraumatismo grave tratados em centros de excelência, muitas vezes após receberem múltiplas intervenções cirúrgicas e internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva ². E assim, tanto a capacidade de intervenção quanto ao acesso ao sistema de saúde foram ampliados no decorrer do século XX, de forma que a humanidade vivenciou neste último século uma medicalização da vida ³, com a medicina infiltrando-se no dia-a-dia das pessoas. Orientando como comemos e o que bebemos se devemos engordar ou emagrecer, caminhar, correr ou ficar em repouso, presente no sexo, no avião e no trabalho. Esta medicina cada vez mais

científica e onipresente, preocupada com a cura e com a objetividade, tornou-se cada vez mais capaz de intervir no corpo do ser humano doente e de adiar a sua morte ⁴. Mas este grande poder da medicina de hoje, no entanto, não é ilimitado. E, apesar de muitas vezes conseguir adiar a morte, nem sempre a medicina consegue oferecer dignidade ou qualidade de vida a seus pacientes que enfrentam a fase final da vida. Mais ainda, o processo de morrer, que no passado poderia ser doloroso devido à própria doença, atualmente pode ser doloroso também devido ao tratamento. E enquanto a medicina, cada vez mais científica, entrou na nossa vida nos séculos XVIII, XIX e XX, ela caminhou cada vez mais para abandonar o cuidado e a atenção aos aspectos complexos do ser humano que enfrenta a própria morte.

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estes dilemas são ainda mais intensos. No último século, com o aumento do acesso da população a leitos hospitalares, a epidemiologia do local de morte mudou progressivamente do domicílio para os hospitais, e, nas últimas décadas do século XX, para dentro de Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) ⁵. Na UTI, o fim de vida é acompanhado muitas vezes por procedimentos dolorosos ^{6;7;8}, ocorre em um local onde o paciente fica longe de seus entes queridos e muitas vezes sem qualquer autonomia para decidir a respeito de sua morte ou mesmo de aspectos importantes relacionados a sua vida ^{7;9}. O óbito que acontece na UTI pode ser o resultado de tentativas infrutíferas de reverter uma situação crítica. No entanto, algumas situações clínicas são sabidamente irreversíveis. Além disso, algumas tentativas podem ser intoleráveis ou indesejáveis por alguns indivíduos. Desta forma, certos pacientes que morrem na UTI poderiam morrer de forma mais humana fora dela. Ou até mesmo morrer de forma mais humana dentro da UTI. Com a importância crescente dos cuidados

paliativos, a qualidade de morte passou a ser cada vez mais discutida, inclusive dentro da UTI ¹⁰⁻¹². Entretanto, a discussão sobre terminalidade é muito mais complexa quando se trata de um paciente com uma doença aguda crítica. É neste momento tão delicado que surgem as dúvidas: aspectos de qualidade de vida e de morte se defrontam com aspectos de uma tecnologia capaz de sustentar a vida mesmo que sem qualidade. Devem-se aplicar todos os tratamentos que a tecnologia nos disponibiliza a todos os pacientes, independentemente do prognóstico ou da vontade do paciente? Deve-se limitar o tratamento? Deve-se suspender algum tratamento na UTI para se evitar sofrimento? Qual o papel do paciente nestas decisões? E de sua família? São perguntas que todo o médico que trabalha em Terapia Intensiva já se fez em algum momento. São questionamentos frequentes durante as discussões médicas à beira do leito.

Neste início de século XXI, estas questões relacionadas a fim de vida em UTI têm sido cada vez mais discutidas na literatura médica ^{13;14-18}, refletindo não só uma necessidade médica, mas também social e econômica ¹⁹.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONSENSOS SOBRE FIM DE VIDA EM UTI

Nos últimos anos, diversas sociedades médicas de Medicina Intensiva publicaram seus consensos sobre o cuidado a pacientes em fim de vida na UTI^{17;20-24}. Alguns pontos são abordados por quase todos estes consensos, como a discussão sobre o problema da obstinação terapêutica, os dilemas que envolvem a utilização de suporte artificial de vida na terminalidade e a discussão sobre o papel do paciente e de sua família nas decisões médicas de fim de vida. A seguir, apresentaremos um levantamento da literatura médica sobre cada um destes pontos.

2.1.1 Distanásia, ortotanásia, eutanásia e a abordagem dos cuidados paliativos

A obstinação terapêutica ou distanásia caracteriza-se pela manutenção e introdução de tratamentos incapazes de trazer algum benefício às pessoas em fase final da vida, prolongando de forma inútil e sofrida o processo de morrer⁴. Tal atitude é desencorajada pela Organização Mundial de Saúde, pelas sociedades médicas tanto nacionais como o CREMESP²⁰, e a AMIB^{18;24} quanto internacionais, como a *American Medical Association*²⁵, a *UK General Medical Council*²⁶, outras sociedades europeias¹⁷ assim como bioeticistas de nosso país⁴. Na obstinação terapêutica, o objetivo terapêutico é o prolongamento ao máximo da *quantidade* de vida remanescente, sem se importar com a sua *qualidade*, investindo assim todos os recursos tecnológicos disponíveis, independentemente do sofrimento por eles

gerados ⁴. Na Medicina que visa somente a cura, a distanásia, infelizmente, é uma condição bastante frequente.

Ortotanásia é a morte no seu tempo natural. Procura respeitar o bem-estar global da pessoa, garantindo a dignidade no seu viver e no seu morrer ⁴. Opõe-se tanto à eutanásia quanto à distanásia, entendendo a morte não como uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. É nesta visão que se apóia o cuidado paliativo.

Eutanásia pode ser definida como a morte resultante de uma medicação aplicada por um médico com o explícito objetivo de antecipar a morte, como por exemplo, através da injeção de uma droga letal como o cloreto de potássio ². É uma medida extrema, defendida apenas por poucos países e alguns estados dos EUA. Na Holanda, onde é considerada uma medida legal desde 2002, é definida como eutanásia apenas e estritamente a interrupção intencional e deliberada da vida de um paciente adulto, a seu pedido, através da injeção letal de um sedativo e relaxante muscular realizada por um médico ²⁷. Eutanásia não é recomendada, tampouco defendida quando se fala em cuidados paliativos. Mesmo em países onde esta prática é considerada legal, a sua frequência tem diminuído, possivelmente pela melhora dos cuidados paliativos ²⁸. No Brasil, eutanásia é considerada homicídio, tipificado no artigo 121 do Código Penal ²⁹, além de ser considerada antiética pelo Código de Ética Médica, artigo 41 ³⁰.

Um aspecto importante na discussão sobre eutanásia é a precisão de sua definição. Ou melhor, a falta de precisão deste termo é causa de muitos problemas nas discussões sobre fim de vida em UTI, conforme estabelece o consenso realizado entre a *American Thoracic Society*, a *European Respiratory Society*, a *European*

Society of Intensive Care Medicine, a *Society of Critical Care Medicine* e a *Société de Réanimation de Langue Française* ¹⁷. Esta imprecisão terminológica, associada ao forte conteúdo emocional transmitido pelo termo, leva alguns autores a recomendarem até que o termo “eutanásia” não deveria ser utilizado nas discussões sobre fim de vida em UTI ³¹.

Cuidados Paliativos, segundo a Organização Mundial de Saúde ³² é definido como uma abordagem que visa a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras da vida. Procura-se primariamente a prevenção e o alívio de sintomas físicos, psíquicos e espirituais que causem sofrimento, aceitando a morte como parte da vida, sem antecipá-la tampouco adiá-la a qualquer custo. Para que seja oferecido cuidado paliativo de qualidade supõe-se o respeito à autonomia do paciente e às suas preferências em relação a situações de fim de vida. Nas situações onde a cura ou restabelecimento torna-se impossível ou pouco provável recomenda-se que o cuidado paliativo seja o objetivo primário do tratamento ^{18;20;21;24}. Desta forma, priorizam-se os cuidados que visem à preservação da qualidade de vida e da dignidade de pacientes e familiares que enfrentam o processo de morrer. Conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde ³², do CREMESP ²⁰, da Associação de Medicina Intensiva do Brasil ²⁴ e da *American Thoracic Society* ²¹, o cuidado paliativo deve começar no momento do diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora à vida. Durante a evolução da doença os cuidados curativos e paliativos andam lado a lado, não sendo necessariamente excludentes. Nos períodos de exacerbação ou descompensação da doença ao mesmo tempo em que ocorra a intensificação do cuidado curativo, deve haver também a intensificação do cuidado paliativo, buscando o controle adequado de sintomas. Integração entre cuidados

curativos e paliativos é essencial, especialmente na UTI, evitando-se a abordagem do “tudo ou nada”, conforme a recomendação de diversas sociedades médicas do mundo ^{18;20;21;24;32}. Na fase final de vida, o cuidado paliativo pode corresponder a todo o objetivo do tratamento.

Figura 1 - Modelos de Cuidados Paliativos (extraído de Lanken et al. ²¹). **1.A:** Cuidado curativo não integrado ao cuidado paliativo (modelo “tudo ou nada”). **1.B:** Cuidado curativo integrado ao cuidado paliativo: modelo recomendado pela *American Thoracic Society*, Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Organização Mundial de Saúde (extraído de Lanken et al. ²¹)

Esta mudança de prioridade de controle da doença para a promoção de conforto e dignidade no fim da vida pode contradizer os cuidados tradicionais prestados em uma unidade de terapia intensiva, habitualmente focada na doença e na manutenção dos sinais vitais, muitas vezes com a utilização de medidas de suporte artificial de vida. Desta forma, o desenvolvimento de habilidades de cuidados

paliativos para profissionais da Medicina Intensiva torna-se complementar na formação do intensivista, sendo uma medida fundamental para a melhoria do cuidado ao fim de vida prestado dentro de um UTI ^{17;20-22;24}.

2.1.2 Utilização de suporte artificial de vida (SAV) em situações de terminalidade

A retirada ou limitação de SAV é considerada quando tais medidas não podem mais trazer qualquer benefício para o paciente, mas apenas prolongar de forma sofrida o seu processo de morrer ^{4;21;33}. Por SAV entende-se ventilação mecânica, aminas vasoativas, hemodiálise e ressuscitação cárdio-pulmonar-cerebral (RCP), medidas artificiais que não constituem primariamente um tratamento específico a uma doença, mas sim um suporte a órgãos e sistemas que não conseguem executar adequadamente as suas funções ². Estas intervenções podem oferecer suporte vital em situações onde há expectativa de reverter uma doença aguda ou crônica descompensada. No entanto, em situações onde estas expectativas não são mais viáveis, prolongam de forma muitas vezes dolorosa o processo de morrer ^{6;7;34}. Quando o objetivo do tratamento é o conforto, podem ser entendidas como medidas fúteis⁴. Nestas circunstâncias, limitar ou retirar o SAV distingue-se de eutanásia, pois tal conduta busca oferecer ao paciente que já está morrendo uma condição mais natural e com menor sofrimento para enfrentar a sua própria morte, diferenciando-se da eutanásia que ativamente causa a morte. Entende-se que limitar o SAV pode ser, por exemplo, não aumentar a dose de Noradrenalina ou dos

parâmetros da ventilação mecânica. Retirar SAV seria desligar a infusão contínua de vasopressores ou extubar o paciente ¹⁴. Deixa-se assim de prolongar a vida de forma artificial, permitindo a morte natural.

Esta distinção entre eutanásia versus limitação ou retirada de SAV em fase final de vida é consensual para inúmeras sociedades médicas. A *American Thoracic Society* ²¹, por exemplo, recomenda em seu consenso sobre fim de vida em UTI que os médicos devam iniciar as discussões sobre retirada da ventilação mecânica quando o paciente ou seu representante legal abordarem a questão, quando os profissionais de saúde que cuidam do paciente acreditam que a ventilação mecânica já não satisfaz os objetivos do paciente, ou tornou-se mais maléfico do que benéfico para o paciente. Para a *American Academy of Critical Care Medicine* a retirada ou limitação de um suporte artificial de vida em uma situação de fase final de vida seria permitir ao paciente morrer de sua doença subjacente, diferente do ato de lhe causar morte ²². As sociedades européias de Medicina Intensiva reconhecem a necessidade da limitação de tratamentos que prolonguem a vida, quando a situação clínica é irreversível e um tratamento parece fútil ou desaconselhável ^{17;33}. O Conselho Federal de Medicina do Brasil, em sua resolução 1805/06, em vigor desde 2010, estabelece que é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. Para a Igreja Católica ³⁵,

“distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado ‘excesso terapêutico’, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência ‘renunciar’ a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo,

interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes (...) A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte”.

A comparação bioética entre as diferenças e equivalências entre retirada e limitação de SAV é realizada há pelo menos 20 anos ^{34;36}. Na década de 90 diversos bioeticistas e pesquisadores exploraram o assunto ³⁶⁻⁴². Mais recentemente, foi realizada uma revisão sistemática sobre documentos da literatura médica mundial publicada em inglês que discorressem a respeito de decisões de manutenção ou não de SAV em fim de vida ⁴³. Foram encontrados 49 estudos publicados, sendo que 60% destes abordavam as possíveis diferenças entre a retirada e a limitação de SAV. Destes, 28 de 29 documentos concordavam que a retirada e a limitação de SAV são medidas eticamente equivalentes. Dezesseis destes documentos também incluíam uma diferenciação entre ambas no que concerne a aspectos emocionais ou psicológicos. Como colocam os autores da revisão, esta diferença entre princípios e sentimentos traz discordâncias desconfortáveis na prática clínica. Embora a maioria dos autores concorde que não exista diferença ética entre a retirada e a limitação de SAV, alguns autores discordam, considerando que existam diferenças éticas fundamentais ^{44;45}. No entanto, a equivalência ética de ambas as condutas é reconhecida por diversas sociedades e consensos médicos do mundo, como American Medical Association ²⁵, *American Thoracic Society* ²¹, *Society of Critical Care Medicine* ²², *United Kingdom General Medical Council* ⁴⁶, *European Respiratory Society* ¹⁷, *European Society of Intensive Care Medicine* ¹⁷, *Société de Réanimation de Langue Française* ¹⁷. Porém existem importantes diferenças emocionais ou mesmo práticas entre retirada e limitação de SAV, e estas diferenças devem ser consideradas e respeitadas nas decisões de fim de vida ^{25;43;46}. Mais ainda, diversos

estudos ressaltam o quanto estas interpretações e diferenças de percepção variam entre médicos, enfermeiros e população leiga ^{44;47;48}, ressaltando a importância da comunicação, da empatia e do consenso nestas decisões.

Nesta questão, a falta de uma abordagem consensual, pode não ser necessariamente um problema. O desafio é evitar a obstinação terapêutica, que prolonga o sofrimento e adia a mudança de objetivos de tratamentos que visam a cura para cuidados que visem o conforto, ao mesmo tempo em que se procura evitar decisões prematuras de retirada de SAV que poderiam levar a mortes potencialmente evitáveis ¹⁷. Mais ainda, conforme coloca um dos maiores especialistas no assunto ⁴⁴, não há uma única fórmula que determine o melhor ou o pior tratamento no fim da vida. Há o bom tratamento. E este é o tratamento oferecido com compaixão e cuidado, que esteja adequado às necessidades de pacientes e famílias.

2.1.3 Como acontece o fim de vida em UTI no mundo e no Brasil

Esclarecidos estes conceitos fundamentais, passaremos agora a apresentar a epidemiologia e as atitudes médicas em relação à utilização de SAV na fase final de vida no mundo e no Brasil.

Diversos estudos mostram que a morte na UTI é frequentemente precedida pela limitação ou retirada de SAV, inclusive orientada por *guidelines* em alguns países do mundo ²². Em um estudo prospectivo observacional realizado em 131 UTIs de 38 estados dos Estados Unidos da América ⁴⁹ observou-se que a limitação ou retirada de SAV é a prática predominante que antecede as mortes em UTIs. Observou-se que dos 5.910 pacientes falecidos nestes locais, 23% receberam todas

terapêuticas possíveis, incluindo RCP, enquanto 22% receberam todos os tratamentos à exceção de RCP, 10% tiveram alguma outra forma de limitação de SAV e 38% tiveram o SAV retirado. Este estudo ainda demonstrou que houve uma variação considerável nas condutas entre as diferentes UTIs estudadas, observando que as taxas de limitação ou retirada de SAV variaram de 0% a 79%. A conclusão destes autores é de que a limitação ao suporte terapêutico antes da morte é a prática predominante nas UTIs americanas. No Canadá, a retirada da ventilação mecânica para permitir uma morte natural ocorreu em 19,5% de todos os pacientes submetidos à intubação orotraqueal ⁵⁰.

Na Europa a conclusão não foi diferente. No estudo *ETHICUS* ⁵¹, conduzido de forma prospectiva durante um ano em 37 UTIs diferentes de 17 países europeus, observaram-se 4.248 óbitos. Houve retirada de suporte ou limitação de SAV em 76% destas mortes. A retirada de SAV esteve presente em 32,9% das mortes. Outro estudo seguiu todas as admissões em 127 UTIs no Reino Unido em uma coorte conduzida em 127 UTIs entre os anos de 1995 e 2001, acompanhando 118.199 pacientes ⁵². Observou-se 31,8% dos óbitos foram precedidos pela retirada de todos os SAV, incluindo ventilação mecânica e drogas vasoativas. Neste estudo não foram contabilizadas as mortes decorrentes de retirada parcial de suporte, tampouco foram contempladas as mortes decorrentes de limitação de suporte terapêutico. Segundo estes mesmos autores, os resultados encontrados estão subestimados frente ao número de mortes nas UTIs do Reino Unido em que a retirada parcial de suporte intensivo ou a limitação ao suporte terapêutico estiveram presentes nas decisões de fim de vida. Na França ⁵³ uma pesquisa realizada durante dois meses em 113 das 220 UTIs do país constatou que a decisão de retirar ou limitar SAV precedeu 53% dos

óbitos nestas UTIs, sendo 69% retirado e 31% limitado. Na Bélgica ⁵⁴, em um estudo que seguiu 610 pacientes por três meses, observou-se que 40% dos pacientes que faleceram tiveram o SAV previamente retirado, enquanto somente 19% foram submetidos à RCP antes de falecer. Na Espanha, a retirada ou limitação de SAV precedeu 34% dos 644 óbitos observados em seis UTIs ⁵⁵ e na Itália a limitação ou retirada precedeu 62% dos 3.793 óbitos observados ⁵⁶.

Na Austrália, observou-se 34% das pacientes tiveram limitação de SAV, 47% tiveram retirada de SAV e apenas 19% dos óbitos na UTI ocorreram sem qualquer limitação ou retirada de SAV ⁵⁷. No Líbano ⁵⁸, em uma UTI de hospital universitário estudada por um ano, observou-se que a limitação de SAV ocorreu em 38% dos pacientes que morreram, enquanto a retirada deu-se em 7%. Na Índia encontraram uma prevalência menor de decisões de limitar SAV: 51% dos pacientes morreram sem nenhuma limitação de SAV, 28% tiveram algum suporte de vida limitado, 17% tinham ordens de não reanimação, e 3% tinham uma decisão de retirada de SAV ⁵⁹.

São diversos os estudos que mostram que tanto a limitação quanto a retirada de suporte de vida artificial são práticas comuns nas UTIs das mais diferentes regiões do planeta. Diversos estudos apontam também as importantes diferenças relacionadas a aspectos culturais e legais de cada país. Em uma recente pesquisa interativa realizada pelo *New England Journal of Medicine*, um caso clínico foi colocado em discussão através da internet ⁶⁰. O caso consistia em um homem, de 56 anos, morador de rua, que após sofrer uma hemorragia subaracnoidea, persistia inconsciente após três semanas. Constatara-se ainda a suspeita de uma neoplasia gástrica durante a internação. Apesar de o paciente ter explicitado a pessoas próximas a sua vontade de não ser submetido a tratamentos médicos agressivos em

caso de situações que o deixassem dependente, seu filho discordava e insistia que o tratamento deveria incluir todas as medidas terapêuticas possíveis. Neste caso, foram apresentadas e discutidas três opções de conduta: 1) manter os SAV e encaminhar a decisão para uma comissão de ética; 2) documentar em prontuário uma decisão de não realizar RCP e transferir o paciente para uma instituição de retaguarda de enfermagem ou 3) retirar o SAV com base no julgamento substitutivo. Houve um total de 6.332 votos, de mais de 120 países, sendo a maior parte das respostas originária dos EUA, Reino Unido e Canadá. A opção 3, de retirada de SAV, foi a mais escolhida nas regiões da América do Norte (53%), Europa (52%) e Austrália/Oceania (68%). Já na Ásia/Rússia e América do Sul, esta opção foi escolhida por 24% e 34%, respectivamente, enquanto 49% e 48% optaram pela opção 2, em que se limitava o SAV e transferia-se a paciente. A opção 2 representava 17% das respostas da América do Norte, 33% da Europa e 16% da Austrália/Oceania. Outro estudo, realizado em 17 países da Europa, de forma observacional e prospectiva trouxe mais informações sobre esta questão⁵¹. Durante pouco mais de um ano, 31.417 pacientes foram admitidos e acompanhados em 37 UTIs. A maneira de morrer variou de forma significativa nas diferentes regiões da Europa estudada. Esta foi dividida em três regiões geográficas distintas: norte (compreendendo Dinamarca, Finlândia, Suécia, Reino Unido, Irlanda e Holanda), central (Áustria, Bélgica, França, Alemanha e Suíça) e sul (Portugal, Espanha, Itália, Grécia, Turquia e Israel). O número de pacientes que foram submetidos à RCP antes de falecerem foi de 30% na região sul, 18% na região central e 10% na região norte, uma diferença estatisticamente significativa. Também o número de pacientes que tiveram o SAV retirado antes do óbito foi maior na região norte (48%), do que nas

regiões central (34%) e sul (18%; $P < 0,001$). A limitação de SAV ocorreu de maneira uniforme nas três regiões estudadas (38, 34 e 39%, respectivamente), demonstrando ser esta uma prática comum, porém que varia tanto com características dos pacientes (como idade, dias de UTI, comorbidades) quanto com características das UTIs (região geográfica em que se encontra e religiosidade dos médicos assistentes).

Outro estudo avaliou a influência das diferenças geográficas e a variabilidade de cuidados de fim de vida ⁶¹ frente a um caso clínico hipotético. Era apresentada uma paciente em estado vegetativo sem possibilidade de recuperação neurológica, e apresentadas possíveis atitudes médicas. Observou-se que a retirada de suporte artificial de vida frente a uma nova complicação era mais frequente em países da região norte e central da Europa, do Canadá e da Austrália, do que no Brasil, Turquia, Japão ou países do sul da Europa. Nestes últimos, a limitação de SAV ou a aplicação de novas medidas terapêuticas visando prolongar a existência eram mais frequentes.

No Brasil há poucos dados sobre o tema, porém a literatura existente sugere que estas medidas também são adotadas. No entanto, motivos legais e culturais obscurecem a discussão destas condutas ^{62;63}. Alguns estudos realizados no país recentemente colocam que algum tipo de limitação de SAV precede 11% a 36% dos óbitos de adultos nas UTIs estudadas ⁶⁴⁻⁶⁸. No entanto, a maior parte das pesquisas sobre o assunto no país foram conduzidas em UTIs pediátricas do Sul do país ⁶⁹ ou são dados derivados de estudos realizados com outros propósitos, como avaliação de escores prognósticos ^{64;65} ou de evolução de pacientes com insuficiência renal ^{66;68}, mostrando o quanto este tipo de discussão ainda é incipiente em nosso meio. Recentemente, um estudo realizado em 12 UTIs na cidade de São Paulo, constatou

que 81% das famílias de pacientes internados em UTI gostariam que os médicos discutissem a possibilidade de retirada da ventilação mecânica em um cenário hipotético de um paciente inconsciente em fase final de vida ⁷⁰. Este número foi significativamente maior do que os 60% dos médicos que responderam que deveriam discutir com as famílias este aspecto, sugerindo que a avaliação médica sobre as preferências sobre fim de vida possa estar subestimando esta discussão. Uma recente pesquisa realizada com médicos intensivistas de Brasil, Argentina e Uruguai ⁶³ observou que mais de 90% dos participantes já decidiram alguma vez por limitar ou retirar algum tipo de suporte artificial de vida, sendo a reanimação cardiorrespiratória, a administração de drogas vasoativas, os métodos dialíticos e a nutrição parenteral as terapias mais frequentemente suspensas ou limitadas nos três países, havendo diferenças pontuais entre os mesmos.

2.1.4 Reanimação Córdio-pulmonar e Ordens de Não Reanimar

Inicialmente descrita em 1960 para parada cardíaca presenciada durante o intra-operatório ⁷¹, a reanimação córdio-pulmonar (RCP) com tórax fechado foi subsequentemente aplicada para qualquer paciente apresentando uma parada córdio-respiratória. Assim, especialmente nas décadas de 70 e 80, morrer no hospital significava ter recebido RCP ⁷². No entanto, os baixos índices de sobrevivência e os altos índices de sequelas neurológicas observados levaram a dilemas médicos sobre quando sua aplicabilidade seria adequada ⁷³. A literatura sugere que quando a RCP era acreditada como não benéfica, temendo consequências legais, médicos a

conduziam de forma protocolar ¹⁵, ou mesmo não a realizavam, e até mesmo a documentavam em prontuário sem tê-la realizado ⁷⁴.

As primeiras recomendações de que RCP poderia não ser realizada em determinadas circunstâncias vieram na metade da década de 1970 nos Estados Unidos, oriundas da *American Medical Association* ⁷². Esta orientava que RCP deveria ser empregada para uma PCR súbita e inesperada, e não como mais um tratamento para uma doença terminal e irreversível. No entanto, em 1983, uma Comissão Presidencial sobre Problemas Éticos em Medicina discordou desta posição, e decretou que a RCP deveria ser o tratamento padrão em caso de RCP, a não ser que houvesse alguma documentação expressando a preferência do paciente em contrário. Surgiam assim as Ordens de Não Reanimação (ONR, ou DNR – do not resuscitate- em inglês). No Brasil, a discussão oficial sobre a não realização de RCP em pacientes em fim de vida e quais os melhores cuidados a pacientes que estão morrendo na UTI é ainda recente, permeada de dúvidas tanto médicas quanto éticas e legais sobre a sua aplicabilidade e documentação ^{62;63;74}. Em nosso país a lei Mário Covas foi talvez a primeira iniciativa legal, restrita ao Estado de São Paulo, que abordou a questão dos direitos do paciente em fim de vida em 1999. Estabelecia, pela primeira vez, o direito do paciente de aceitar a morte natural. Somente no final da década de 2000 que surgiram as primeiras recomendações através de consensos médicos brasileiros enfatizando a importância dos cuidados paliativos no fim da vida em UTI, inclusive a importância de sua adequada documentação em prontuário ^{20;24;75}, esclarecendo oficialmente que RCP não precisaria ser empregada para todos os pacientes que estão morrendo.

2.2 COMO SÃO TOMADAS AS DECISÕES EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA?

2.2.1 O papel do médico, do paciente e de sua família

Tradicionalmente, a Medicina limitou a participação dos pacientes no processo de tomada de decisões. É emblemático o parágrafo do Código de Ética da *American Medical Association* de 1847, que estabelecia que “a obediência do paciente às prescrições de seu médico devem ser prontas e implícitas. O paciente não deve permitir que suas opiniões influenciem a atenção de seu médico” (citado em Carrese, JAMA 2006 ⁷⁶). Cabia ao paciente ser obediente e deferencial, evitando contradizer ou mesmo expressar suas opiniões. Ao médico, cabia a responsabilidade unilateral de tomar as melhores decisões para seus pacientes, guiando-se pela beneficência e não maleficência, e definindo assim o modelo paternalista de relação médico-paciente. A informação médica neste modelo é dada de modo que o paciente possa consentir com o tratamento proposto ⁷⁷. O modelo paternalista predominou nas sociedades ocidentais, e ainda é um modelo de relação médico-paciente frequente na UTI ^{17;33}.

Na década de 70, junto a complexas mudanças sócio-culturais, o conceito de autonomia foi estabelecido pela Bioética Principalista de Beauchamp e Childress. Autonomia refere-se à capacidade de fazer escolhas por si mesmo, e requer que o paciente esteja adequadamente informado, competente e livre de pressões indevidas ⁷⁷. Em 1980, o Código de Ética Médica da *American Medical Association* estabelecia que “o médico deve respeitar os direitos de seu paciente...” ⁷⁶. Desde

então, a autonomia do paciente nas decisões têm crescido, refletindo o conceito atual de que a autonomia é um dos preceitos fundamentais da Bioética^{4;17;20;21;33;75;78}.

Com este novo papel que cabia aos pacientes, surgiram novos modelos de relação médico-paciente, como os modelos informativos e os modelos deliberativos/compartilhados⁷⁷, sendo atualmente reconhecidos uma miríade de modelos de relacionamento, variando o papel da paciente, da família e do médico na tomada de decisões^{79;80}. Em 2004, cinco sociedades médicas de UTI, representando América do Norte e Europa estabeleceram em consenso¹⁷ que a decisão compartilhada representa a melhor opção em discussões sobre terminalidade de vida em UTI, e que o respeito à autonomia do paciente à intenção de honrar suas decisões, inclusive a de recusar tratamentos que não deseje, sejam transmitidas aos seus familiares. Uma característica importante do modelo de decisão compartilhada é que se apóia a autonomia do paciente/família, sem forçar a participação destes em decisões que não querem ou não estão prontos para participar³³.

Neste quesito, um ponto a ser observado é o respeito às diferenças culturais^{17;21;47;77;80}. Este respeito envolve o reconhecimento dos valores do próximo, tais como a importância de manter a integridade familiar, de proteger o paciente de conflitos, e a importância de um relacionamento médico-paciente-família adequado às diferentes expectativas de modelos de decisão mais ou menos paternalistas. Além do mais, para muitos pacientes, o medo de receber tratamentos médicos aquém do indicado é maior do que o de receber tratamentos além do indicado. Não reconhecer ou explorar tais diferenças pode levar a graves desentendimentos que dificultam o manejo destas situações. Talvez a diferença cultural mais relevante nas discussões

sobre fim de vida em UTI refira-se à questão de quem deva ser o centro do processo de decisão: o médico, a família ou o paciente.

O modelo de decisão paternalista pode ser adequado para algumas culturas e para algumas pessoas em certas situações^{33;80;47;79}. Este modelo de decisão é especialmente válido quando a beneficência é mais valorizada que a autonomia. Em outras culturas, ou outras circunstâncias, a autonomia do paciente é o bem maior a ser preservado, e o modelo mais adequado passa a ser aquele centrado no paciente. Em outras ainda, espera-se que a família exerça o papel principal nas decisões de fim de vida. Nestas culturas, privilegia-se a não maleficência, ao poupar o paciente do sofrimento relacionado a tais decisões. Cabe ao médico explorar tais diferenças e encontrar o modelo mais adequado à determinada família e paciente. Mais ainda, dentro de uma mesma cultura, famílias de pacientes internados em uma mesma UTI apresentam preferências diferentes sobre qual modelo consideram o mais apropriado para sua situação.

No entanto, é bastante difícil prever de antemão qual paciente ou família prefeririam quais modelos de decisão. As heterogeneidades existem em todas as sociedades, e estudos mostram que mesmo em países que valorizam autonomia, um número significativo de pacientes e famílias preferem modelos paternalistas³³. Mais ainda, a visão médica sobre o assunto pode estar significativamente enviesada, conforme sugere um recente estudo brasileiro. Neste estudo, o número de médicos que poupariam informações sobre terminalidade da vida por paternalismo é muito maior do que o número de pacientes que gostariam de ser poupados destas informações⁸¹. Desta forma, muito mais do que assumir um modelo de decisão “*one size fits all*”, é necessário reconhecer a natureza dinâmica desta relação, e assim,

acessar qual o modelo de decisão adequado para aquele paciente e sua família, naquele determinado momento ^{77;80}.

Para isto, um modelo bastante sensato de avaliação sobre o melhor modelo de processo de decisão a ser aplicado foi proposto por Curtis et al. ⁸⁰. Nele, propõe-se uma sequência de etapas a serem avaliadas antes de se aplicar um modelo de decisão compartilhada ou paternalista. A primeira etapa consiste em avaliar a estimativa do prognóstico e o grau de incerteza em relação a isto. Quanto pior o prognóstico e maior a certeza do desfecho desfavorável, maior seria a tendência do médico de assumir a responsabilidade das decisões do tratamento, assumindo um modelo mais paternalista e poupando a família do sofrimento de decidir. Assim, bastaria por vezes oferecer um “assentimento informado”. Entretanto, é importante permitir à família a oportunidade de se envolver com o processo de decisão se isto lhe interessar. As etapas subsequentes seriam o de avaliar qual o modelo preferido de relacionamento e então, adequar a comunicação para tal modelo. Entende-se assim que o que existe é um espectro de modelos, onde um pólo constitui o modelo paternalista e o outro, o informativo. Entre ambos, diversas nuances que abrangem os diversos graus de decisão compartilhada. O ponto neste espectro onde se localiza o modelo ideal a ser utilizado é determinado em cada situação particular. Estes autores ressaltam que isto pode variar em uma mesma família com o decorrer do tempo, e deveria ser frequentemente reavaliado. Como enfatizado por outros autores ^{33;77}, não há um único modelo certo ou errado, e assim como a prática clínica contempla inúmeras variações, assim também acontece nas relações médico-pacientes. No entanto, este aumento de complexidade nas decisões médicas, infelizmente, nem sempre é claramente abordado nos programas educacionais médicos.

2.2.2 Fatores relacionados a decisões de retirada ou limitação de SAV em UTI

Diversos são os fatores relacionados à maior chance de se retirar ou limitar o SAV em UTI. Assim, características do paciente, como maior idade, maior gravidade, mais comorbidades, ou qualidade de vida previamente ou esperadamente mais comprometidas, além de seus desejos e preferências, são encontrados na literatura ^{34;57}.

Mas, além das esperadas características de pacientes, outros fatores também se associam a maior chance de se retirar ou limitar SAV em UTI. Estes podem estar relacionados às características da estrutura da UTI em questão, como número de enfermeiros, presença de intensivista 24 horas por dia ⁸², ou às características do próprio médico. Esta última, embora evidente, foi muito menos estudada como observaram outros autores ^{83;84}. Algumas características como sexo masculino, trabalho mais frequente em UTI ⁸⁵, anos desde a graduação ^{86;87}, e até mesmo a identidade ⁸³ ou a religião ⁸⁸ do médico já foram observadas como associadas a variabilidade de condutas em fim de vida. Alguns estudos conduzidos fora do ambiente da UTI observaram a associação entre educação e conhecimento em cuidados paliativos e condutas em fim de vida ^{84;89;90}. Um estudo intervencionista recente falhou em encontrar melhora na qualidade do cuidado ao fim de vida ou mudança na utilização de SAV em fim de vida após uma intervenção educacional aplicada ⁹¹. A conclusão dos autores deste estudo é de que intervenções com contato mais direto com pacientes e famílias seriam necessárias para gerar impacto nestas condutas.

Outros estudos mostraram que o modo como se chega à decisão de retirada ou não de suporte invasivo de vida também é diverso. Assim, também variam de acordo com o país e cultura em questão, o grau de envolvimento da família na decisão, a participação de enfermeiras, o envolvimento de comitês de ética ou o encaminhamento para o tribunal judicial ^{51;60;61;92}.

3 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo foram investigar as associações entre as diferentes características de médicos intensivistas do HC-FMUSP e a variabilidade de decisões e condutas em fim de vida em UTI.

Os seguintes aspectos sobre fim de vida foram investigados:

1. Quais os profissionais envolvidos nas decisões;
2. O estabelecimento de uma Ordem de Não Reanimação;
3. A conduta mais provável em relação à utilização de suporte artificial de vida em uma potencial situação de fim de vida;
4. A possível divergência de opiniões entre a conduta mais provável e aquela acreditada como a melhor para a paciente;
5. O grau de autonomia dado à paciente e à sua família em decisões sobre fim de vida em UTI.

4 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido através de aplicação de questionário a médicos das UTIs do Instituto Central do HC-FMUSP. Inicialmente foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do HC-FMUSP, em vinte e três de novembro de 2006, sob o protocolo de pesquisa nº 1156/06, tendo como pesquisador responsável o Prof. Dr. Marcelo Park, e pesquisador executante o pós-graduando Dr. Daniel Neves Forte.

A pesquisa teve início em 2006, a partir da adaptação de um questionário utilizado em um estudo previamente publicado ⁶¹, com o consentimento de um dos autores (JLV, notificação por e-mail). Neste estudo, um caso clínico hipotético servia de base para questionamentos sobre condutas relacionadas ao processo de decisão em situações de fim de vida e à forma com que esta se realizava na prática. A análise original foi realizada comparando as respostas de médicos de 21 países. No entanto, este estudo apresentava importantes limitações, conforme citam seus autores. O questionário original foi então traduzido e adaptado, incorporando novas questões, constituindo o projeto piloto. Este foi aplicado a 46 participantes, sendo posteriormente realizada uma análise interina em 2007. O pesquisador executante, de posse desta análise, aprofundou a sua pesquisa através do cumprimento dos créditos na pós-graduação, de nova e mais extensa pesquisa bibliográfica e da participação em simpósios e congressos relacionados ao tema. Em 2008 o questionário foi novamente reformulado, através de novas modificações no caso clínico inicial, da inclusão de um novo caso clínico e de novos dados demográficos. Cinco especialistas de diferentes áreas do conhecimento relacionadas ao estudo (Prof. Dr. Marcelo Park,

Prof. Dr. Carlos Carvalho, Prof. Dr. Pedro Caruso, Prof. Dra. Valdelis Okamoto, Prof. Dra. Maria Aparecida Basile) foram consultados na ocasião e contribuíram para aprimorar a ferramenta de pesquisa. Durante o período entre fevereiro e junho de 2009, o questionário em sua versão final foi entregue pessoalmente pelo pesquisador executante aos médicos assistentes das 11 UTIs que atendem adultos no Instituto Central do HC-FMUSP (UTI da Clínica Médica do 6º andar, UTI do Pronto-Socorro da Clínica Médica, UTI Respiratória, UTI da Nefrologia, UTI das Moléstias Infecciosas, UTI do Trauma e Unidade de Recuperação Pós-Operatória, UTI do Transplante de Fígado, UTI dos Queimados, UTI da Cirurgia Geral e da Gastrocirurgia e UTI da Neurologia) depois de assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. O instrumento de pesquisa foi preenchido de forma privada, garantindo-se o anonimato ao participante, e devolvido a uma urna lacrada.

A versão final do questionário apresentava duas partes. A primeira parte consistia em dois cenários clínicos, com questões de múltipla escolha a respeito do processo de tomada de decisão, as condutas em relação ao fim de vida em UTI, das crenças sobre as melhores atitudes que deveriam ser tomadas e dos motivos e intenções que as orientam.

O primeiro caso apresentado referia-se a uma paciente feminina de 55 anos, admitida na UTI após ser reanimada de uma parada cardíaco-respiratória decorrente de Insuficiência Coronariana. Ela apresenta lesão cerebral pós-anóxica grave, e 24 horas após a admissão, apresenta movimentos de descerebração, e ausência de resposta no exame de potenciais evocados. Após avaliação e investigação neurológica, o consenso entre equipes (incluindo a equipe de neurologia) é de que o seu melhor prognóstico seria estado vegetativo persistente. Ela não teria familiares próximos e

não deixara qualquer vontade explícita enquanto estivesse consciente sobre suas preferências de fim de vida. Não fazia acompanhamento médico.

As questões apresentadas e as possíveis respostas referiam-se a: 1) o processo de decisão sobre o tratamento desta paciente nesta UTI (decisão tomada somente entre médicos, decisão tomada entre médicos e enfermeiras, decisão encaminhada ao comitê de ética do hospital ou ao tribunal judicial); 2) o estabelecimento de uma ordem de não ressuscitação cardiopulmonar (ordem escrita, ordem verbal ou não estabelecimento); 3) a conduta mais provável caso a paciente desenvolvesse um choque séptico decorrente de uma pneumonia associada à ventilação mecânica (Manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos e drogas vasoativas; manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos, mas não drogas vasoativas; garantir analgesia e conforto, manter os parâmetros do ventilador e não iniciar outras intervenções; garantir analgesia e conforto, diminuir os parâmetros do ventilador e não iniciar outras intervenções; garantir analgesia e conforto e extubar) e finalmente; 4) a conduta que o médico acredita ser a melhor para a paciente, onde foram apresentadas as mesmas opções de resposta da questão anterior. O instrumento questionava o motivo que explicaria esta última resposta (acreditar que a vida deva ser preservada a qualquer custo; acreditar que existam situações em que a qualidade de vida deva guiar as decisões médicas; acreditar que existam situações em que a disponibilidade de leitos ou de custos deva guiar as decisões médicas; motivos legais ou jurídicos ou outro motivo), assim como o motivo de eventuais diferenças entre a conduta mais provável e aquela acreditada como sendo a melhor (aspectos jurídicos / legais; relacionado a como outros médicos interpretariam minha conduta; relacionado a como o restante da equipe interpretaria minha conduta; relacionado a

como a sociedade interpretaria minha conduta; relacionado a aspectos religiosos ou outro). As análises foram realizadas categorizando as respostas de 1 a 4 nas seguintes categorias: 1) envolvimento multiprofissional no processo de tomada de decisão (decisões tomadas com o envolvimento de médicos e enfermeiros *versus* decisões somente entre médicos ou encaminhadas para instâncias exteriores à UTI); 2) Documentação da ONR (escrita, verbal, não estabelecimento de ONR); 3) e 4) utilização de suporte artificial de vida no fim da vida (sem limitação de SAV [Manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos e drogas vasoativas], com limitação de SAV [manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos, mas não drogas vasoativas; garantir analgesia e conforto, manter os parâmetros do ventilador e não iniciar outras intervenções] ou com retirada de SAV [garantir analgesia e conforto, diminuir os parâmetros do ventilador e não iniciar outras intervenções; garantir analgesia e conforto e extubar]).

O segundo caso clínico da primeira parte do questionário apresentava uma senhora de 88 anos, sem doença prévia, lúcida, que mora sozinha e exerce todas as atividades domésticas. Não fazia acompanhamento médico prévio, viúva com dois filhos. Internada na UTI devido a uma pneumonia domiciliar com sepse grave (acidose metabólica com hiperlactatemia). A paciente evoluía com piora nas primeiras 48 horas de internação, apesar do tratamento otimizado oferecido na UTI. No momento da avaliação encontrava-se consciente e orientada, recebendo antibioticoterapia de amplo espectro, em insuficiência renal aguda, sem uso de drogas vasoativas, taquipneica, com saturação periférica de oxigênio de 91% na máscara reservatório de Oxigênio ($FiO_2=100\%$), tolerando pouco a ventilação não invasiva. Provavelmente necessitaria de ventilação mecânica invasiva, drogas

vasoativas e hemodiálise nas próximas horas. Os participantes eram solicitados a considerar que a equipe responsável pela paciente era exclusivamente a equipe da UTI.

Os participantes eram então questionados sobre qual seria sua conduta mais provável frente às seguintes opções: a) realizar a sedação e proceder à intubação orotraqueal sem explicação prévia. Explicar à família posteriormente; b) avisar à paciente que será iniciada a ventilação mecânica. Realizar a sedação e proceder à intubação orotraqueal. Explicar à família posteriormente; c) Discutir com a paciente sobre riscos, opções de tratamento e preferências. De acordo com as preferências da paciente, iniciar ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto. Comunicar à família posteriormente; d) discutir com a família sobre riscos, opções de tratamento e preferências da paciente. De acordo com as preferências da família, iniciar ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto; e) discutir com a paciente e a família sobre riscos, opções de tratamento e preferências. De acordo com as preferências de ambas, iniciar ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto; f) iniciar medicações para conforto sem conversar previamente com a paciente ou com a família. A análise foi feita categorizando-se as respostas em decisões paternalistas, isto é, onde a opinião da paciente não era abordada (respostas a, b, f); ou em respostas com alguma forma de decisão compartilhada (c+d+e).

Por fim, na última questão sobre condutas clínicas, os participantes eram solicitados a supor que em um determinado momento a paciente espontaneamente falasse que não desejaria ser intubada ou receber procedimentos invasivos. Ela estaria lúcida e manteria sua vontade mesmo após receber explicações sobre os possíveis benefícios da ventilação mecânica invasiva e sobre o risco de morte caso

não aceitasse tal suporte invasivo. Apesar do tratamento oferecido até o momento ela estaria evoluindo com piora respiratória, e provavelmente entraria em insuficiência respiratória nas próximas horas. Eram então perguntados sobre sua conduta mais provável, apresentando as seguintes opções de resposta: a) realizar sedação e intubação orotraqueal sem explicação prévia à paciente, explicar à família posteriormente; b) avisar à paciente que será iniciada a ventilação mecânica e realizar a sedação e intubação orotraqueal, explicar à família posteriormente; c) convocar e discutir com a família sobre riscos, opções de tratamento e preferências da paciente. De acordo com as preferências da família, início ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto; d) convocar a família e comunicar a eles sobre as opções e preferências de fim de vida da paciente. Iniciar então medicações para conforto; ou e) início medicações para conforto e comunicar a família posteriormente. Aqui também as respostas foram categorizadas em decisões paternalistas (a+b) e respostas com alguma forma de decisão compartilhada (c+d+e).

A segunda parte do instrumento avaliou as seguintes características dos participantes: idade (em anos), gênero (masculino ou feminino), tempo de formado em medicina (em anos), cargo exercido na UTI (médico plantonista, médico diarista/horizontal, cargo de chefia ou coordenação não assistencial, cargo de chefia ou coordenação assistencial); tipo de UTI em que trabalha (predominantemente clínica ou cirúrgica), horas por semana trabalhadas em UTI, principal atividade médica ser ou não relacionada à UTI (sim ou não), possuir título de especialista em Terapia Intensiva (sim ou não) ou outra especialidade (sim ou não), crença em Deus ou algo superior (sim ou não); possuir uma religião (sim, praticante; sim, não praticante ou não possuir).

Os aspectos relacionados a fim de vida e cuidados paliativos avaliados foram: ter participado de aulas ou discussões sobre cuidados paliativos ou cuidados ao fim de vida (na graduação, na pós-graduação, em ambas ou nunca), de aulas ou discussões sobre comunicação em situações de fim de vida (sim ou não); de aulas ou discussões sobre ética e lei em situações de fim de vida (sim ou não); ter lido artigos ou textos relacionados a questões de fim de vida ou cuidados paliativos em UTI no último ano (número de artigos ou textos lidos: nenhum, um, dois ou três, quatro a seis, mais de seis); ter participado de cursos ou palestras relacionados a questões de fim de vida ou cuidados paliativos em UTI no último ano (participação em nenhum, um, dois ou três, quatro a seis, mais de seis); ter interesse em discussões sobre fim de vida na UTI (sim ou não), nota atribuída ao próprio conhecimento sobre cuidados paliativos (em uma escala de zero [nenhum conhecimento] a dez [conhecimento total]) e se o participante encontrava problemas em relação a aspectos de fim de vida em UTI (sim ou não). O questionário encerrava com uma última questão aberta sobre comentários que o participante julgasse pertinentes.

A normalidade dos dados foi testada através do modelo de Kolmogorov-Smirnov. Dados normais estão apresentados em médias e desvio-padrão. A análise univariada foi realizada através do teste T de *Student* e de análise de variância unidirecional (ANOVA one-way) conforme apropriado. Variáveis categóricas foram analisadas através do teste de chi-quadrado ou de Fisher, conforme apropriado. O nível de significância estatística considerado foi de $P < 0,05$. Análises *post-hoc* foram realizadas através de teste *Tukey* para ANOVA unidirecional e de chi-quadrado ou teste exato de Fisher para variáveis categóricas. Análises multivariadas foram realizadas por regressão logística polinômica quando havia três variáveis

dependentes, e com regressão logística binária com eliminação retrógrada por chances de variáveis dicotômicas. Probabilidades de 0,05 e 0,10 foram utilizadas como critérios de entrada e retirada respectivamente na eliminação retrógrada da regressão logística binária. Para selecionar variáveis da análise univariada na regressão logística politômica foi utilizado $P < 0,25$ e na regressão logística binária $P < 0,1$. Colinearidade simples entre variáveis foi considerada quando o coeficiente de Pearson $> 0,85$ e colinearidade múltipla foi considerada quando o fator de variância inflacionária (VIF) foi $> 2,5$. A análise estatística foi realizada com o programa comercial SPSS 17,0 para *Windows* (Chicago, Illinois, USA).

5 RESULTADOS

Dos 118 médicos assistentes escalados para as 11 UTIs estudadas, 107 responderam o questionário (90,6%). Um destes questionários foi devolvido em branco, e outro foi entregue erroneamente a versão do questionário piloto, impossibilitando a sua avaliação. Foram então analisados 105 questionários (taxa de resposta 89%). As características demográficas destes médicos avaliados encontram-se apresentadas na Tabela 1.0.

Tabela 1.0 - Características dos participantes

Características	Participantes (n = 105)
Idade (anos) - (Média ± DP)	38 ± 8
Gênero masculino – n (%)	68 (65)
Anos desde a graduação - (Média ± DP)	14 ± 7
Intensivistas diaristas/horizontais – n (%)	11 (11)
Intensivistas plantonistas - n(%)	83 (79)
Horas por semana trabalhadas em UTI-(Média ± DP)	36 ± 21
Exercem Medicina Intensiva como atividade principal – n (%)	65 (63)
Especialistas em Medicina Intensiva – n (%)	63 (60)
Possuem outra especialidade além de Medicina Intensiva – n (%)	96 (91)
Trabalham em UTI predominantemente clínica - n (%)	44 (42)
Assistiram aulas sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n(%)	50 (62)
Assistiram aulas sobre comunicação em fim de vida – n (%)	47 (45)
Receberam treinamento ou estudaram sobre leis e ética em situações de fim de vida – n (%)	57 (54)
Número de artigos ou textos lidos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	
Nenhum	18 (17)
dois ou mais no último ano	64 (61)
quatro ou mais no último ano	28 (27)
Participação em cursos ou palestras relacionados a fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	
Pelo menos um no último ano	50 (48)
dois ou mais no último ano	19 (19)
Tem interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	98 (93)
Encontram problemas médicos em relação a aspectos de fim de vida em UTI – n (%)	85 (81)
Nota atribuída a si mesmo em relação ao conhecimento sobre cuidados paliativos, de zero a dez - (Média ± DP)	5 ± 2
Acreditam em Deus ou algo superior – n (%)	79 (75)
Possuem alguma religião – n (%)	75 (71)
Praticam alguma religião – n(%)	25 (24)

Análises das repostas aos casos clínicos

QUESTÃO 1.

Tabela 1.1 - Frequências das repostas sobre o processo de tomada de decisão

	Frequência	Porcentagem
Decidem sozinhos	6	5,7
Consenso entre médicos	63	60,0
Decisão entre médicos e enfermeiros	22	21,0
Encaminham ao comitê de ética	13	12,4
Encaminham a ao tribunal judicial	1	1,0
Total	105	100,0

Tabela 1.2 - Análise univariada sobre o processo de tomada de decisão *

Características dos participantes	Decisão tomada entre médicos e enfermeiros (n = 22)	Decisão tomada somente entre médicos ou encaminhada para comitê de ética ou tribunal de justiça (n = 83)	valor de P
Idade (anos) - (Média ± DP)	38 ± 7	40 ± 8	0,204
Especialistas em Medicina Intensiva – n (%)	17 (77)	46 (55)	0,063
Horas por semana trabalhadas em UTI- (Média ± DP)	47 ± 18	36 ± 22	0,196
Tem interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	22 (100)	7 (8)	0,232
Acreditam em Deus ou algo superior – n (%)	14 (64)	65 (78)	0,128

* Apenas características com $P < 0,25$ na análise univariada estão apresentadas nesta tabela.

Tabela 1.3 - Análise multivariada sobre o processo de tomada de decisão.
 Comparação entre Decisão tomada entre médicos e enfermeiros (n = 22) vs. Decisão tomada somente entre médicos ou encaminhada para comitê de ética ou tribunal de justiça (n = 83) *

Característica	OR [#]	IC 95% [§]	VIF [¶]	Valor de P
Idade (anos) - (Média ± DP)	0,926	0,858 – 0,998	1,093	0,045
Especialistas em Medicina Intensiva – n (%)	0,205	0,058 – 0,716	1,263	0,013

* Apenas variáveis com P<0,05 estão apresentadas nesta tabela

OR: abreviatura de *odds ratio*. OR <1 significa maior chance da decisão ser tomada entre médicos e enfermeiros

§ IC 95%: abreviatura para Intervalo de confiança de 95%.

¶ VIF: abreviatura para *Variance Inflation Factor*.

QUESTÃO 2 - Sobre o estabelecimento de uma Ordem de Não Reanimação**Tabela 2.1** - Frequência de respostas sobre o estabelecimento de uma Ordem de Não Reanimação

	Frequência	Porcentagem
Ordem escrita	47	44,8
Ordem verbal	46	43,8
Não aplicariam tal ordem	7	6,7
Não responderam	5	4,8
Total	105	100,0

Tabela 2.2 - Análise univariada sobre Ordem de Não Reanimar (ONR) *

Características dos participantes	Ordem escrita (n = 47)	Ordem verbal (n = 46)	Não aplicariam ONR (n = 7)	Valor de P
Idade (anos) - (Média ± DP)	38 ± 7 §	42 ± 8	41 ± 8	0,010
Anos desde a graduação - (Média ± DP)	13 ± 7 §	17 ± 7	17 ± 7	0,010
Exercem Medicina Intensiva como atividade principal – n (%)	31 (66)	29 (63)	2 (28) ¥	0,002
Leram dois ou mais artigos ou textos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI no último ano – n (%)	35 (74)	23 (50)	3 (43) ¥	0,044
Assistiram aulas sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	31 (66) £	16 (35)	0 (0)	0,001
Assistiram aulas sobre comunicação em fim de vida – n (%)	30 (64) £	15 (33)	1 (14)	0,002
Receberam treinamento ou estudaram sobre leis e ética em situações de fim de vida – n (%)	30 (64)	22 (48)	1 (14)	0,102
Trabalham em UTI predominantemente clínica n (%)	23 (49)	20 (43)	1 (14)	0,226
Participaram de pelo menos um curso ou palestra relacionado a fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	27 (57)	19 (41)	1 (14)	0,088
Nota atribuída a si mesmo em relação ao conhecimento sobre cuidados paliativos, de zero a dez - (Média ± DP)	6 ± 2	5 ± 2	3 ± 2	0,076
Acreditam em Deus ou algo superior – n (%)	33 (70)	36 (78)	6 (86)	0,239

* Apenas características com $P < 0.25$ na análise univariada estão apresentadas nesta tabela.

^a Cinco médicos não responderam a esta pergunta.

§ Análise de *Tukey post-hoc*: $P < 0,05$ vs ordem verbal, e $P < 0,05$ vs Não aplicariam ONR.

¥ Teste exato de Fisher's *post-hoc* $P < 0,05$ vs ordem escrita, e $P < 0,05$ vs ordem verbal.

£ Teste exato de Fisher's *post-hoc* $P < 0,05$ vs ordem verbal, e $P < 0,05$ vs Não aplicariam ONR.

Tabela 2.3 - Análise multivariada sobre Ordem de Não Reanimar (ONR) *

Características dos participantes	Ordem escrita (n = 47) vs. verbal (n = 46)		Ordem escrita (n = 47) vs. Não aplicariam ONR (n = 7)		Alguma ONR (verbal + escrita, n=93) vs. não aplicariam ONR (n=7)	
	OR (CI 95%)		OR (CI 95%)		OR (CI 95%)	
	OR>1 favorece ordem escrita	Valor de P	OR>1 favorece ordem escrita	Valor de P	OR>1 favorece ordem escrita	Valor de P
Assistiram aulas sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI n (%)			1.818 (1.456-2.159)	0.001		
Anos desde a graduação (Média ± DP)	1.127 (1.033- 1.230)	0.007				
Nota atribuída a si mesmo em relação ao conhecimento sobre cuidados paliativos, de zero a dez (Média ± DP)					2,167 (1,062 – 4,420)	0,034

* Apenas características com P<0,05 estão apresentadas nesta tabela

QUESTÃO 3 - Sobre a conduta mais provável, caso a paciente evoluísse com um choque séptico

Tabela 3.1 - Frequência de respostas sobre a conduta mais provável, caso a paciente evoluísse com um choque séptico

	Frequência	Porcentagem
Manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos e drogas vasoativas (a)	22	21,0
Manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos, mas não drogas vasoativas (b)	11	10,5
Garantir analgesia e conforto, manter os parâmetros do ventilador e não iniciar outras intervenções (c)	52	49,5
Garantir analgesia e conforto, colocar o ventilador em parâmetros mínimos e não iniciar outras intervenções (d)	20	19,0
Garantir analgesia e conforto e extubar (e)	0	0
Total	105	100,0
Categorização em relação ao manejo do Suporte Artificial de Vida (SAV)	Frequência	Porcentagem
Sem limitação ou retirada de SAV (a)	22	21
Com limitação de SAV (b+c)	63	60
Com retirada de SAV (d+e)	20	19

Tabela 3.2 - Análise univariada das condutas mais prováveis em relação à utilização de SAV em fim de vida e as características dos participantes*

Características	Sem limitação de SAV (n = 22)	Com limitação de SAV (n = 63)	Com retirada de SAV (n = 20)	Valor de P
Participaram de pelo menos dois cursos ou palestras relacionados a fim de vida ou cuidados paliativos em UTI n (%)	5 (23)	7 (11) €	7 (35)	0,004
Exercem Medicina Intensiva como atividade principal n (%)	12 (54)	36 (57)	17 (85) ¶	0,026
Leram pelo menos quatro artigos ou textos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI n (%)	3 (13)	13 (21)	11 (55) ¶	0,042
Tem interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI n (%)	17 (77) ¥	61 (97)	20 (100)	0,050
Intensivistas diaristas/horizontais n (%)	2 (9)	4 (6)	5 (25)	0,058
Idade (anos) (Média ± DP)	42 ± 8	38 ± 7	41 ± 9	0,117
Anos desde a graduação (Média ± DP)	17 ± 7	14 ± 7	16 ± 8	0,117
Horas por semana trabalhadas em UTI Média ± DP)	36 ± 25	34 ± 19	45 ± 20	0,149

Apenas características com $P < 0.25$ estão apresentadas nesta tabela

Análise por Chi-quadrado *post-hoc* $P < 0,05$ vs limitação, e $P < 0,05$ vs full code.

¶ Teste exato de Fisher's *post-hoc* $P < 0,05$ vs limitação, e $P < 0,05$ vs full code.

¥ Teste exato de Fisher's *post-hoc* $P < 0,05$ vs limitação e $P < 0,05$ vs retirada.

€ Teste exato de Fisher's *post-hoc* $P < 0,05$ vs retirada.

Tabela 3.3 - Análise multivariada das condutas mais prováveis em relação à utilização de SAV em fim de vida e as características dos participantes*

Características	Com retirada (n=20) VS. Sem limitação de SAV (n = 22)	Valor de P	Com retirada (n = 20) VS. Com limitação (n=63)	Valor de P	Sem limitação (n = 21) VS. Com limitação ou retirada (n=83)	Valor de P
Tem interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	4.717 (2.048 – 7.381)	< 0,001	5.256 (3.963 – 6.587)	< 0,001	0,129 (0,019 – 0,894)	0,038
Leram pelo menos quatro artigos ou textos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	1.306 (1.001 – 1.547)	0,012	0.857 (0.600 – 1.100)	0,067	3,592 (0,740 – 17,442)	0,113

* Apenas características com $P < 0,05$ estão apresentadas nesta tabela

Questão 4 - Sobre a conduta que você acreditada como sendo a melhor para a paciente

Tabela 4.1 - Frequência de respostas sobre a conduta que você acreditada como sendo a melhor para a paciente

	Frequência	Porcentagem
Manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos e drogas vasoativas	11	10,5
Manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos, mas não drogas vasoativas	4	3,8
Garantir analgesia e conforto, manter os parâmetros do ventilador e não iniciar outras intervenções	48	45,7
Garantir analgesia e conforto, colocar o ventilador em parâmetros mínimos e não iniciar outras intervenções	28	26,7
Garantir analgesia e conforto e extubar	14	13,3
Total	105	100,0
Categorização em relação ao manejo do Suporte Artificial de Vida (SAV)		
Sem limitação ou retirada de SAV (a)	11	10,5
Com limitação de SAV (b+c)	52	49,5
Com retirada de SAV (d+e)	42	40,0

Figura 2 - Comparação entre as condutas mais prováveis e as condutas acreditadas como sendo melhor para a paciente

O número de respostas que envolveriam retirada de SAV aumentou de 20 (19%) para 42 (40%), quando estes médicos eram perguntados sobre qual a conduta que acreditavam ser a melhor para a paciente, comparado com a pergunta sobre a sua conduta mais provável ($P < 0,01$). Nesta comparação também, o número de médicos que aplicariam todos os SAV disponíveis diminuiu de 22 (21%) para 11 (10%) ($P = 0,037$).

Questão 5 - Sobre o motivo das diferenças nas respostas entre a conduta mais provável e a conduta acreditada como melhor

Tabela 5.1 - Frequência de respostas sobre o motivo das diferenças nas respostas entre a conduta mais provável e a conduta acreditada como melhor

	Frequência Porcentagem	
Relacionado a aspectos jurídicos / legais	22	21,0
Relacionado a aspectos religiosos	2	1,9
Relacionado à opinião de outros médicos a respeito de minha conduta	10	9,5
Relacionado à opinião do restante da equipe (enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas) a respeito de minha conduta	11	10,5
Relacionado a opinião da sociedade leiga a respeito de minha conduta	6	5,7
Não estou habituado a proceder com este tipo de conduta	1	1,0
Não recebi treinamento para proceder com este tipo de conduta	2	1,9
Outro(s)	2	1,9
Não apresentou respostas diferentes às questões	49	46,7
Total	105	100,0

Questão 6 - Sobre o motivo que explica a conduta acreditada como sendo a melhor para a paciente

Tabela 6.1 - Frequência de respostas sobre o motivo que explica a conduta acreditada como sendo a melhor para a paciente

	Frequência Porcentagem	
Não responderam	2	1,9
Acreditam que a vida deva ser preservada a qualquer custo	2	1,9
Acreditam que existam situações em que a qualidade de vida deva guiar as decisões médicas	82	78,1
Acreditam que existam situações em que a disponibilidade de leitos ou de custos deva guiar as decisões médicas	0	0
Motivos legais ou jurídicos	10	9,5
Outros	9	8,6
Não respondeu	2	1,9
Total	105	100,0

Questão 7 - A conduta respondida como mais provável seria diferente nas outras UTIs em que o participante trabalha

Tabela 7.1 - Frequência de respostas sobre a possível diferença de condutas nas outras UTIs em que o participante trabalhe

	Frequência	Porcentagem
Não, trabalha apenas nesta UTI	30	28,6
Não, a conduta seria a mesma nas outras UTIs em que trabalha	54	51,4
Sim, a conduta seria diferente	19	18,1
Não responderam	2	1,9
Total	105	100,0

CASO 2

Tabela 8.1 - Frequência de respostas sobre a conduta mais provável frente ao caso 2

	Frequência Porcentagem	
a) Realiza a sedação e procede à intubação orotraqueal sem explicação prévia. Explica à família posteriormente	6	5,7
b) Avisa à paciente que será iniciada a ventilação mecânica. Realiza a sedação e procede à intubação orotraqueal. Explica à família posteriormente	55	52,4
c) Discute com a paciente sobre riscos, opções de tratamento e preferências. De acordo com as preferências da paciente, inicia ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto. Comunica à família posteriormente	8	7,6
d) Discute com a família sobre riscos, opções de tratamento e preferências da paciente. De acordo com as preferências da família, inicia ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto.	5	4,8
e) Discute com a paciente e a família sobre riscos, opções de tratamento e preferências. De acordo com as preferências de ambas, inicia ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto	31	29,5
f) Início medicações para conforto sem conversar previamente com a paciente ou com a família	0	0
Total	105	100,0
Respostas com decisões paternalistas (a+b+f)	61	58,0
Respostas com alguma forma de decisão compartilhada (c+d+e)	44	42,0

Tabela 8.2 - Análise univariada modelos de decisão e características dos médicos.
Associações entre modelos de decisão e características dos médicos *

Características	Grupo	Decisões paternalistas	Decisões compartilhadas	Valor de P
Total (%)	105 (100)	61 (100)	44 (100)	
Número de artigos ou textos lidos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)				
Pelo menos um	92 (88)	45 (74)	41 (93)	0,01
dois ou mais no último ano	64 (61)	33 (54)	30 (68)	0,10
quatro ou mais no último ano	28 (27)	12 (20)	15 (34)	0,09
Participação em cursos ou palestras relacionados a fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)				
Pelo menos um	69 (66)	24 (39)	26 (59)	0,04
dois ou mais no último ano	19 (19)	9 (15)	10 (23)	0,30
Assistiram aulas sobre comunicação em fim de vida – n (%)	47 (45)	23 (38)	24 (54)	0,09
Encontram problemas médicos em relação a aspectos de fim de vida em UTI – n (%)	85 (81)	46 (75)	37 (84)	0,12
Idade (anos) - (Média ± DP)	38 ± 8	41 ± 8	39 ± 8	0,20
Exercem Medicina Intensiva como atividade principal – n (%)	65 (63)	35 (57)	30 (68)	0,30

* Apenas resultados com $P < 0,30$ estão apresentados nesta tabela.

Tabela 8.3 - Análise multivariada entre modelos de decisão e características dos médicos *

Características	Decisões paternalistas (n=61)	Decisões compartilhadas (n=44)	OR	CI (95%)	VIF	Valor de P
Idade (anos) (Média ± DP)	41 ± 8	39 ± 8	0,966	0,939 – 0,994	1,199	0,016
Número de artigos ou textos lidos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI n (%)						
quatro ou mais no último ano	12 (20)	15 (34)	2,404	1,018 – 5,673	1,404	0,045

* Apenas os resultados com $P < 0,05$ estão apresentados nesta tabela.

QUESTÃO 9

Tabela 9.1 - Frequência de respostas sobre a conduta mais provável quando a paciente recusa o tratamento invasivo

	Frequência	Porcentagem
a) Realiza a sedação e intubação orotraqueal sem explicação prévia, explica à família posteriormente	4	3,8
b) Avisa à paciente que será iniciada a ventilação mecânica e realiza a sedação intubação orotraqueal, explica à família posteriormente	16	15,2
c) Convoca e discute com a família e sobre riscos, opções de tratamento e preferências da paciente. De acordo com as preferências da família, inicia ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto	35	33,3
d) Convoca a família e comunica a eles sobre as opções e preferências de fim de vida da paciente. Inicia então medicações para conforto	47	44,8
e) Inicia medicações para conforto e comunica a família posteriormente	2	1,9
Não respondeu	1	1,0
Total	105	100,0
Respostas com decisões paternalistas (a+b)	20	19
Respostas com alguma forma de decisão compartilhada (c+d+e)	84	81

Tabela 9.2 - Análise univariada entre modelos de decisão e características dos médicos frente à recusa de tratamento invasivo *

Características	Grupo	Decisões paternalistas	Decisões compartilhadas	Valor de P
Total (%)	105 (100)	20 (100)	84 (100)	
Tem interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	98 (93)	15 (75)	82 (98)	0,0027
Trabalham em UTI predominantemente clínica n (%)	37 (35)	4 (20)	39 (46)	0,04
Participação em cursos ou palestras relacionados a fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)				
Pelo menos um	69 (66)	5 (25)	45 (53)	0,03
dois ou mais no último ano	19 (19)	2 (10)	13 (15)	0,70
Número de artigos ou textos lidos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)				
Pelo menos um	92 (88)	14 (70)	72 (86)	0,10
dois ou mais no último ano	64 (61)	9 (45)	44 (52)	0,50
Quatro ou mais no último ano	28 (27)	2 (10)	25 (30)	0,09
Exercem Medicina Intensiva como atividade principal – n (%)	65 (63)	9 (45)	55 (65)	0,09
Receberam treinamento ou estudaram sobre leis e ética em situações de fim de vida – n (%)	57 (54)	8 (40)	49 (58)	0,14
Encontram problemas médicos em relação a aspectos de fim de vida em UTI – n (%)	85 (81)	14 (70)	70 (83)	0,17
Idade (anos) - (Média ± DP)	38 ± 8	42 ± 8	39 ± 8	0,20
Anos desde a graduação - (Média ± DP)	14 ± 7	17 ± 8	15 ± 7	0,25
Assistiram aulas sobre comunicação em fim de vida – n (%)	47 (45)	7 (35)	40 (47)	0,30

* Apenas resultados com P<0,30 estão apresentados nesta tabela

Tabela 9.3 - Análise multivariada entre modelos de decisão e características dos médicos quando a paciente recusa tratamento *

Características	Decisões paternalistas (n=20)	Decisões compartilhadas (n=84)	OR	CI (95%)	VIF	Valor de P
Tem interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI – n (%)	15 (75)	82 (98)	9,535	1.343 – 67.708	1.125	0,024
Trabalham em UTI predominantemente clínica n (%)	4 (20)	39 (46)	4,395	1.114 – 17.339	1.075	0,035

* Apenas resultados com $P < 0,05$ estão apresentados nesta tabela

6 DISCUSSÃO

6.1 SOBRE A METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo abordou 90,6% dos médicos intensivistas do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP (n=107), sendo 105 questionários entregues preenchidos e aptos a serem analisados. A taxa de respostas analisadas foi de 89%, considerando os dois questionários excluídos (um em branco e outro questionário entregue erroneamente), uma taxa considerada alta e que reforça a representatividade da amostra, considerando a população do hospital. O aspecto unicêntrico deste estudo provê algumas características, que podem ser tanto limitadoras quanto vantajosas. Assim, a sua unicentricidade é um limitante no que se refere à generalização destes resultados para outras populações. É ainda um limitante referente ao tamanho absoluto da amostra, que neste caso, pode ter menor poder para detectar possíveis associações entre grupos. No entanto, é vantajosa por conseguir atingir uma maior taxa de resposta do que habitualmente estão aptos estudos multicêntricos, e assim, obter maior representatividade da população estudada. E também por minimizar as variáveis geográficas, que estão associadas a diferenças de condutas envolvendo situações de fim de vida, e poderiam ser mais uma variável de confusão.

A metodologia deste estudo apresenta alguns aspectos importantes a serem comentados, como a sua limitação para inferir causalidade. Este estudo não foi desenhado para tal fim, e seus resultados estatísticos se limitam a analisar associações entre variáveis. Mais ainda, sendo uma pesquisa envolvendo a aplicação

de questionário, estes resultados expressam o que os participantes disseram que fariam, e não necessariamente apresenta o que fariam na prática. Esta limitação é comum a pesquisas desta natureza, que têm seu maior valor justamente em avaliar as percepções, mais do que as reais atitudes ⁹³. Consideramos ainda o fato do questionário ser anônimo como um aspecto positivo desta pesquisa, justamente por envolver um assunto considerado tabu em nosso país ⁶².

Outro aspecto relevante refere-se especialmente ao primeiro caso clínico apresentado. Este, intencionalmente simplificado, excluía o crucial papel que as preferências da paciente e sua família exercem nestas decisões. Pacientes incapacitados de tomar decisões, sem familiares ou diretrizes antecipadas representam até 5% dos óbitos em UTIs, conforme uma pesquisa norte-americana recente ⁹⁴. Dois outros motivos justificam ainda esta escolha. O primeiro é que o caso utilizado neste estudo já fora anteriormente utilizado em um outro estudo internacional ⁶¹, e assim, utilizá-lo novamente poderia ser vantajoso para efeitos de comparação com resultados de outros países. O segundo motivo refere-se ao objetivo principal de investigação deste estudo, ou seja, a associação entre as características dos médicos e determinadas condutas envolvendo fim de vida em UTI. Desta forma, o caso utilizado minimiza a influência de variáveis que se referem a outros aspectos além das características dos médicos. O segundo caso clínico abordou como o médico se relaciona com as preferências de paciente e família em fim de vida, complementando o estudo.

Por fim, a realização do estudo piloto propiciou o aprimoramento do instrumento, que contou ainda com a valiosa contribuição dos professores Carlos R.

R. Carvalho, Pedro Caruso, Valdelis Okamoto, Maria Aparecida Basile e Marcelo Park na sua elaboração.

6.2 SOBRE OS RESULTADOS

6.2.1 Sobre as características gerais dos participantes (Tabela 1.0)

A população estudada era composta por médicos intensivistas que podem ser considerados experientes (média de 14 ± 7 anos desde a graduação), com a maioria dos participantes exercendo Medicina Intensiva como atividade principal (63%), sendo também a maioria especialistas em Medicina Intensiva (60%).

A maioria destes médicos já havia assistido à alguma aula sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI, refletindo a importância dada ao tema nos últimos anos. Um número bastante expressivo de participantes referiu interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI (93%), um interesse que pode estar associado ao alto número de participantes que encontram problemas médicos em relação a aspectos de fim de vida em UTI (81%). Curiosamente, embora exista o interesse e a percepção de problemas, os participantes atribuíram a si mesmo uma nota apenas razoável (média de 5, numa escala de zero a dez), quando questionados sobre o próprio conhecimento sobre cuidados paliativos em UTI, evidenciando uma importante demanda para intervenções educacionais na área.

6.2.2 Sobre o envolvimento de profissionais no processo de tomada de decisão em situações de fim de vida

No presente estudo observou-se que as decisões sobre o tratamento de uma paciente em estado vegetativo persistente, sem familiares e sem diretrizes antecipadas ocorreram predominantemente envolvendo exclusivamente médicos (participantes que decidiriam sozinhos 6% + participantes que decidiriam em consenso com outros médicos 60%; total = 66% de decisões tomadas somente entre médicos; Tabela 1.1). Apenas 21% das respostas apresentava uma decisão que envolvesse, além de médicos, também enfermeiros. Um total de 13% de participantes encaminharia a decisão sobre o tratamento a ser dado a esta paciente para fora da UTI, seja para o Comitê de Ética do hospital (12%), seja para o tribunal judicial (1%). Estes resultados sugerem que tais decisões no hospital estudado são predominantemente médico centradas.

Há diversos processos de tomada de decisão em fim de vida na UTI descritos, mas não há na literatura uma definição sobre qual o melhor processo ⁹⁵. Há descrições de processos que envolvem exclusivamente médicos, que envolvem também enfermeiros, que envolvem comitês de ética ou até tribunais judiciais, com variações tanto em como se chega à decisão quanto em quem é o responsável final pela decisão. No entanto, independentemente de quem será o responsável final, o envolvimento do enfermeiro nos processos que levam a estas decisões é recomendado ¹⁷. A literatura apresenta um número crescente de evidências sugerindo discrepâncias significativas entre as opiniões de médicos, enfermeiros e público leigo sobre qual o melhor cuidado destinado a um paciente em fim de vida ^{9;48;92;96}. Tais

achados reforçam o conceito de que, para se evitar decisões precipitadas ou enviesadas por um único ponto de vista, médico neste caso, decisões com caráter multiprofissionais poderiam ser benéficas, especialmente em se tratando de um paciente incapacitado, sem familiares e sem diretrizes antecipadas.

O conceito de abordagem multiprofissional para decisões em fim de vida é um conceito frequentemente recomendado em decisões sobre cuidados paliativos^{20;97}, que também têm recebido importância crescente nas decisões em fim de vida dentro da UTI^{17;98}. No entanto, diversos estudos apontam para o baixo envolvimento da equipe multiprofissional nas decisões envolvendo fim de vida em UTI. Assim, a minoria destas decisões tem caráter multiprofissional em estudos com médicos da Argentina (6%)⁹⁹, do Brasil (38%), dos Estados Unidos (29%), de países do sul da Europa (32%), do Japão (39%) e da Turquia (41%)⁶¹. Em contraste, outras regiões do mundo observaram o envolvimento de enfermeiros na maioria destas decisões, como Nova Zelândia (78%)¹⁰⁰, Líbano (74,5%)⁵⁸, países da região Norte ou Central da Europa (62%)⁶¹, como a França (54%)⁵³. A participação de enfermeiros nestas decisões pode adicionar novas e valiosas informações, já que existem importantes discrepâncias nas percepções de médicos e enfermeiros sobre quando um tratamento é fútil⁵ ou quando o processo de tomada de decisão em fim de vida é ou não satisfatório¹⁰¹. Uma vez que estas decisões são em geral complexas e multifacetadas, o envolvimento dos enfermeiros, profissionais que ficam à beira do leito em geral mais tempo do que os médicos, e que participam ativamente dos cuidados, é recomendado, pois pode propiciar informações necessárias para a tomada de decisões que melhor beneficiem o paciente^{17;17;20}. O resultado encontrado neste estudo sugere

que o envolvimento de enfermeiros em decisões sobre fim de vida em UTI poderia ser mais encorajado no hospital estudado.

A análise multivariada das respostas sobre o processo de tomada de decisão no presente estudo observou que especialistas em Medicina Intensiva (17/22 (77%) vs. 46/83 (55%), OR 0,205 IC95% 0,058-0,716. Vif 1.263. P=0,013) e médicos mais jovens mais frequentemente envolveram enfermeiros no processo de tomada de decisão sobre os tratamentos da paciente apresentada. Este estudo não foi desenhado para avaliar a causalidade, e este resultado apenas tem poder para apontar associações. Explicações sobre o motivo deste achado são suposições, e com esta ressalva, podemos supor que as diversas iniciativas em Medicina Intensiva, ressaltando a importância do trabalho em equipe dentro de uma UTI como elemento essencial de um cuidado de qualidade, poderiam ter influenciado tal resultado^{98;102}.

6.2.3 Sobre o estabelecimento de uma Ordem de Não Reanimação

No presente estudo, 89% dos médicos estabeleceriam uma ONR para a paciente apresentada. A literatura médica apresenta inúmeras evidências do baixo índice de sucesso de RCP realizada para pacientes que já estão suficientemente graves para estarem dentro de uma UTI. Assim, estudos encontraram dados como sobrevivência pós-RCP em UTI de 9% em 24 horas, com a sobrevivência hospitalar variando de 0% a 8%^{103;104}. Mais ainda, o fato da paciente em questão já apresentar uma lesão neurológica grave e uso de ventilação mecânica se associa a estimativas ainda menores de sobrevivência^{2;103}. Provavelmente são dados desta natureza,

associados ao conhecimento tácito dos participantes, que embasam o alto índice de estabelecimento de ONR encontrado neste estudo.

No entanto, apesar de bem estabelecido o mínimo ou ausente benefício de tal conduta, um número expressivo de médicos respondeu que aplicaria somente uma ONR verbal para a paciente em questão (44%), sem a devida documentação em prontuário. Tal discrepância entre uma conduta médica e sua não documentação em prontuário já havia sido observada em nosso país previamente por outros autores ⁶¹. Outro estudo brasileiro observou ainda uma falsa documentação de RCP no prontuário de 72% dos pacientes que não haviam sido reanimados ⁷⁴. Dúvidas sobre a legalidade da não reanimação no Brasil foram apontadas por outros estudos como barreiras ao estabelecimento e à clara documentação médica sobre as ONR ^{62;63}.

No entanto, recentes iniciativas brasileiras podem mudar estas discrepâncias entre condutas e documentação, assim como reforçar a importância da aplicação de uma ONR em determinadas situações de fim de vida, com sua devida documentação. Assim, tanto o código de Ética Médica atualizado em 2009 ⁷⁵, quanto iniciativas do Conselho Regional de Medicina ²⁰ e da Associação de Medicina Intensiva do Brasil ^{18;24}, além de iniciativas por parte do judiciário ^{29;105} e de bioéticos ^{4;106} têm enfatizado a importância de se priorizar a dignidade e o conforto no tratamento do paciente em fase final de vida, respeitando-se suas preferências e valores, e assim, suportando as ONR devidamente documentadas nestas circunstâncias.

Talvez o maior acesso a estas informações seja o denominador comum aos achados da análise univariada, que observou que os médicos que mais frequentemente aplicaram uma ONR documentada em prontuário eram, de forma significativa, mais jovens, mais recentemente graduados, mais frequentemente

exerciam Medicina Intensiva como sua principal atividade profissional, mais frequentemente leram dois ou mais artigos ou textos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI no ano que precedeu o estudo, mais frequentemente assistiram aulas sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI ou sobre comunicação em fim de vida, quando comparados aos médicos que aplicariam somente uma ordem verbal ou não aplicariam tal ordem (Tabela 2.2).

A comparação através de análise multivariada entre os médicos que aplicariam uma ONR, seja ela escrita ou verbal, e seus colegas que não aplicariam tal ordem, e assim, reanimariam novamente a paciente em caso de nova PCR, apresentou como única variável independente associada a aplicação de uma ONR a nota atribuída a si mesmo em relação ao conhecimento sobre cuidados paliativos, em uma escala de zero a dez (Tabela 2.3). Médicos mais jovens estavam associados de forma independente à documentação por escrito da ONR comparados àqueles que a aplicariam somente de forma verbal, enquanto aqueles que assistiram mais aulas sobre fim de vida ou cuidados paliativos permaneceu como variável independente associada a maior documentação comparada aos médicos que não aplicariam uma ONR (Tabela 2.3).

Devem-se ressaltar novamente algumas limitações deste estudo, que não tem poder para avaliar causalidade entre estas variáveis, e que devido ao tamanho da amostra, muitas das análises possivelmente não tenham poder suficiente para detectar outras associações existentes. Ainda assim, estes resultados podem ser úteis sugerindo que características médicas como a idade, o conhecimento e a educação sobre cuidados paliativos podem estar associadas a diferentes condutas sobre o estabelecimento e a documentação de uma ONR. Inúmeros estudos investigaram

quais características dos pacientes se relacionam ao estabelecimento de uma ONR ¹⁰⁷. No entanto, dada a característica bilateral da relação médico-paciente, acreditamos que também os fatores relacionados às características dos médicos têm relevância na discussão, embora tenham sido menos investigadas ^{16;107}. Diferenças relacionadas à educação já foram previamente apontadas como relevantes nas diferenças de documentação de uma ONR ¹⁰⁸, mas até onde sabemos, a associação entre a conduta médica de estabelecer uma ONR em UTI e determinadas características do médico, como educação e conhecimento em cuidados paliativos é um achado inédito.

6.2.4 Sobre a conduta mais provável em relação à utilização de suporte artificial de vida em uma potencial situação de fim de vida

No primeiro caso clínico apresentado, 21% dos participantes deste estudo responderam que manteriam a ventilação mecânica, iniciariam antibióticos e drogas vasoativas caso a paciente evoluísse com um choque séptico. No estudo conduzido previamente por Yaguchi et al. ⁶¹, utilizando-se do mesmo caso clínico, observou-se que o número de participantes que escolheriam esta conduta era inferior a 10% em países da Europa do Norte, da Europa Central e na Austrália. Ainda no estudo de Yaguchi, entre 30 e 50% de médicos do Brasil, Turquia, Japão, Estados Unidos e países de Europa do Sul escolheram esta alternativa. Tanto o estudo de Yaguchi quanto o presente estudo observaram que nenhum médico brasileiro escolheu a alternativa de extubar a paciente em questão. Menos de 10% de médicos da Turquia, Japão, países do sul da Europa, da Europa Central e dos Estados Unidos escolheram

esta alternativa no estudo de Yaguchi, enquanto de 30 a 40% dos participantes de Canadá, Austrália e países da Europa do Norte responderam que extubariam a paciente em questão. Tais achados explicitam a importância das diferenças geográficas na variabilidade de condutas em fim de vida na UTI, como observaram também outros autores^{51;60}.

Yaguchi et al.⁶¹ observaram que 40% dos participantes brasileiros diminuiriam os parâmetros do ventilador e não iniciariam outras intervenções. Em nosso estudo, 19% assinalaram esta resposta. Esta diferença pode estar relacionada tanto a diferenças de amostragem, quanto a diferenças de metodologia. A amostragem de Yaguchi et al. envolvia médicos brasileiros que foram à Bélgica participar de um simpósio internacional de Medicina Intensiva, enquanto a amostragem do presente estudo envolve intensivistas do HCFMUSP, entrevistados em seu local de trabalho. Há um possível viés de amostragem que pode explicar esta diferença. Mas além disto, há ainda uma importante diferença metodológica. O questionário do presente estudo apresentava uma alternativa intermediária, entre as alternativas de diminuir os parâmetros do ventilador e a de administrar antibióticos mas não drogas vasoativas. A inclusão desta alternativa veio após o estudo piloto conduzido em 2006, quando um número expressivo de participantes sugeriram a inclusão de uma nova alternativa. Desta feita, foi incluída a alternativa “manter os parâmetros da ventilação mecânica e não iniciar outras intervenções”, analisada como uma forma de limitação de SAV, e escolhida por 49,5% dos participantes deste estudo como a resposta para sua conduta mais provável.

Os achados do presente estudo estão de acordo com a literatura mundial, sugerindo que no Brasil, assim como em outros países de forte influência latina, a

limitação de SAV é uma conduta mais frequente do que a retirada de SAV, sendo esta última, relativamente infrequente, em comparação com países de influência anglo-saxã^{51;60;61}. Mas, como outros estudos também notaram, fatores além das diferenças geográficas também podem estar associados a esta variabilidade⁴⁹. O presente estudo investigou assim a associação entre as diferentes condutas e as diferenças nas características dos médicos.

Assim, a análise univariada observou que os 19% dos médicos que responderam que retirariam SAV mais frequentemente participaram de cursos ou palestras relacionados a fim de vida ou cuidados paliativos em UTI, leram artigos ou textos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI, exercem Medicina Intensiva como atividade principal e têm interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI, comparados aos 60% que de alguma forma limitariam o SAV ou aos 21% que aplicariam todos os SAV disponíveis.

A análise multivariada mostrou que o interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI era uma variável independente associada a decisões retirada ou limitação de SAV (tabela 3.3). Já a leitura de artigos ou textos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI apareceu como variável independente associada à retirada de SAV, comparada a participantes que não limitariam nenhum SAV disponível.

Estes achados são consistentes com outros que previamente observaram associações entre as características dos médicos e a variabilidade de condutas em relação à utilização de SAV em fim de vida. Assim, características do médico como tempo de formado⁸⁷, sua religião⁸⁸, sua percepção sobre as vontades do paciente⁵⁰, e mesmo a sua identidade⁸³ podem ser mais fortemente associados à variabilidade de

condutas do que as diferenças clínicas dos pacientes. Fora do ambiente da UTI, recentemente Lofmark et al.⁸⁴ demonstraram que treinamento em cuidados paliativos se associava à diferença de condutas em fim de vida. O presente estudo encontrou resultados na mesma linha. Médicos que se interessam ou estudam sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI mais frequentemente retiram ou limitam SAV em uma situação de fim de vida em UTI. Até onde sabemos, este estudo foi o primeiro a demonstrar uma associação entre estas características pessoais e educacionais de médicos intensivistas e as condutas envolvendo fim de vida em UTI.

Um ponto que julgamos intrigante foi o fato de interesse e educação aparecerem como associados a variabilidade de condutas. Embora foram investigados de forma separada, através de questões diferentes, e estatisticamente os testes não sugerirem colinearidade, não podemos excluir que colinearidade exista de fato entre estas variáveis. Educação desperta interesse, e interesse leva à educação, numa relação recursiva e talvez inseparável. Assim, torna-se difícil especular qual é a variável mais importante, se é que é possível obter tal resposta.

Independente destas especulações, o fato dos participantes apresentarem um alto índice de respostas positivas quando questionados sobre o seu interesse pelo tema, abre a possibilidade de se oferecerem iniciativas educacionais a esta população. E isto pode representar uma opção importante na mudança de atitudes médicas no atendimento ao paciente na fase final de vida, uma vez que educação é uma variável em que se pode intervir, e potencialmente modifica atitudes. E como descreve o laureado pelo Prêmio Nobel, Amartya Sen¹⁰⁹, transformações educacionais podem gerar profundas modificações culturais. No entanto, este tema

tem sido pouco abordado em estudos investigativos na UTI, e o presente estudo, não sendo conclusivo, aponta a necessidade de novas investigações sobre o tema.

6.2.5 Sobre a divergência de respostas entre a conduta mais provável e aquela acreditada como a melhor para a paciente

Dentre os participantes, 44% apresentavam respostas discordantes para estas questões, sendo que 98% acreditavam que a melhor conduta envolveria o uso de menos SAV do que mais provavelmente fariam. O número de respostas que envolveriam retirada de SAV aumentou de 19% para 40% ($P<0,01$), enquanto o número de médicos que aplicariam todos os SAV disponíveis diminuiu de 21% para 10% ($P=0,037$). Este resultado é bastante sugestivo de que um número expressivo de médicos participantes desta pesquisa prolonga mais a vida de forma artificial de um paciente em fase final de vida do que acreditam ser o melhor.

Outros estudos já haviam observado uma expressiva disparidade entre crenças e condutas em fim de vida ^{110;111}. Limitações legais locais, envolvendo a retirada de SAV foram também citadas como barreiras ao melhor cuidado em fim de vida em uma recente pesquisa mundial ⁶⁰, assim como em países como Índia ⁵⁹ e Brasil ^{62;63}. Nestas situações, é comum a crença de que a retirada de SAV possa ser considerada ilegal, enquanto a limitação de SAV não acarrete consequências legais ⁴⁷. No nosso país esta discussão ainda é incipiente, porém em outros países já acontece há bastante tempo. Nos Estados Unidos, a discussão na sociedade sobre os aspectos éticos e legais da retirada de SAV acontece desde 1976, sendo atualmente aceita tanto do ponto de vista ético como jurídico ⁹⁵. Outros países, como Inglaterra ²⁶, Alemanha ¹¹²,

Holanda ²⁷, Bélgica ¹¹³ e Israel ¹¹⁴ também debateram esta questão em suas sociedades e chegaram à mesma conclusão sobre a licitude da retirada ou limitação de SAV em fim de vida, considerando as peculiaridades inerentes a cada país, como o caso de Israel ¹¹⁴. Em países como França ¹¹⁵, Itália ¹¹⁶ e Espanha ¹¹⁷, tal discussão é mais recente, mas o debate também está levando a importantes modificações no entendimento desta questão.

No Brasil, tanto os aspectos de Ética Médica como os aspectos jurídicos permaneceram por muito tempo dúbios em relação ao manejo dos SAV em fim de vida ⁶². A legislação brasileira apresenta diversas peculiaridades que interferem com o cuidado ao paciente que está morrendo. Não cabe aqui uma discussão detalhada do assunto jurídico, a qual pode ser encontrada em outras fontes ²⁹. Ressaltaremos apenas alguns tópicos. Como na maioria dos países, eutanásia ou qualquer forma de suicídio assistido é crime (artigo 122 código penal) e proibido pelo Código de Ética Médica (artigo 41) ⁷⁵. Já retirada ou limitação de SAV com o objetivo de permitir uma morte mais natural em um paciente que está morrendo é um assunto que gera intenso debate em nosso meio. De uma forma bastante simplificada, as maiores limitações jurídicas para as condutas médicas de permitir uma morte natural em um paciente que se encontra em uma situação de fim de vida tinham como argumentos uma interpretação absoluta do artigo 57 do Código de Ética Médica de 1988, que “determinava a obrigação do médico de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente” ⁶², uma interpretação do artigo 121 do Código Penal de 1940, ainda em vigor em nosso país, que consideraria que o ato médico de permitir uma morte natural ao paciente poderia ser entendido como homicídio culposo por omissão; tendo a inviolabilidade do direito à

vida, princípio fundamental da Constituição Brasileira como base ²⁹. Cabe lembrar que a lei penal foi criada numa época em que medidas de SAV como ventilação mecânica, hemodiálise, drogas vasoativas, reanimação cardiopulmonar ou mesmo UTI não existiam. Por outro lado, são mais recentemente reconhecidos outros inúmeros embasamentos legais para a conduta de cuidados paliativos no final da vida. Assim, temos também como princípio fundamental da Constituição Brasileira a proteção à dignidade da pessoa humana, que conduz ao direito da morte digna ²⁹. Há também na Constituição de 1988 a garantia a inviolabilidade da integridade física, moral e psicológica, incluindo o respeito às crenças e valores do cidadão, assim como o repúdio à tortura. Enquanto a distanásia pode ser entendida como uma forma de tortura e uma violação dos valores morais e da integridade física quando imposta ao paciente, o cuidado paliativo aos que estão morrendo propõe o respeito à vida e o entendimento da morte como parte da vida. É uma forma de tratamento, que é ativa, exige ciência, estudo e é reconhecido como parte essencial da medicina moderna tanto pela Organização Mundial de Saúde ³², quanto pelo Conselho Federal de Medicina ⁷⁵, Conselho Regional de Medicina de São Paulo ²⁰ e Associação de Medicina Intensiva do Brasil ²⁴. O próprio Código de Ética Médica de 1988, em seu artigo 57 colocava que é vedado ao médico “deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance *em favor do paciente*”. Em uma visão não paternalista da relação médico-paciente, o melhor para o paciente não é um saber exclusivo do médico, e sim, fruto da relação entre o médico, com o seu conhecimento, e o paciente, com sua biografia, suas preferências, seus valores e suas crenças. Autores jurídicos também sustentam o argumento que deixar morrer diante da impossibilidade terapêutica de cura e da inexistência de dever de manter

procedimentos inócuos, não é matar, e portanto, não pode ser tipificado nos artigos do Código Penal ¹¹⁸. O juiz sustenta que

“a manutenção do suporte vital somente é justificável se tiver sentido curativo, diante da esperada reversibilidade e da possível transitoriedade da situação, o que não acontece quando a doença é incurável e o doente está em fase terminal. Na hipótese de o médico interromper procedimentos destinados somente a prolongar a vida do doente, haverá apenas uma omissão de assistência inútil, o que é irrelevante para o direito penal”.

Mais recentemente, iniciativas de Sociedades Médicas também suportam estes conceitos. Assim, o Código de Ética Médica atualizado em 2010 incluiu o Cuidado Paliativo em seu artigo 41, e o Conselho Federal de Medicina, através da resolução 1805/2006, “permite 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”. A Associação de Medicina Intensiva do Brasil ²⁴ (Moritz, II fórum RBTI 2010) estabelece que os SAV considerados fúteis podem ser removidos em paciente em fase final de vida, respeitadas as preferências do paciente e de sua família.

O presente estudo provê evidências de que temores jurídicos conduzam médicos a tratar de forma mais agressiva do que acreditam ser o melhor para o paciente em fase final de vida. Como esta pesquisa foi realizada em 2008, e assim, é anterior a muitas das mudanças ainda recentes sobre a legalidade e a ética do cuidado paliativo em final de vida, estes resultados podem ter mudado hoje. No entanto, este achado sugere que o debate, não só entre médicos, mas entre toda a sociedade brasileira sobre o manejo do SAV na fase final da vida, é extremamente necessário em nosso país.

6.2.6 Sobre o grau de autonomia dado à paciente e à sua família em decisões sobre fim de vida em UTI

O segundo caso clínico apresentava uma situação intencionalmente difícil. Apesar da senhora de 88 anos, previamente hígida, apresentar uma doença potencialmente reversível, o seu quadro clínico de sepse com disfunções graves de múltiplos órgãos é conhecida e comprovadamente de alta mortalidade, além de esperado comprometimento de qualidade de vida e baixa funcionalidade em caso de sobrevivência^{7;119;120;121-126}.

Até poucos anos atrás, sobrevivência era o único desfecho clínico valorizado e estudado em UTI¹²⁷. Qualidade de vida como desfecho clínico após alta da UTI passou a ser estudada apenas no final do século XX. Atualmente, um crescente número de estudos clínicos tem investigado como fica a qualidade de vida em sobreviventes de choque séptico com disfunção de múltiplos órgãos. Tais estudos têm encontrado que a qualidade de vida pode ficar gravemente comprometida após uma internação em UTI por esta causa^{119;120}, sendo as sequelas físicas e psíquicas pós-UTI crescentemente reconhecidas como significativas^{7;121}. Maior idade e maior gravidade de doença representam fatores de risco para internações mais prolongadas em UTI¹²⁶, e também se associam a pior funcionalidade pós-alta¹¹⁹, maior risco de transferências para instituições de longa permanência após a alta^{122;125;126} e a uma elevada taxa de mortalidade nos meses que se seguem à alta da UTI¹²⁴. Além disto, uma alta taxa de mortalidade (55%) foi observada mesmo em idosos saudáveis admitidos na UTI por motivos clínicos¹²³.

O caso clínico apresentava este desafiador cenário clínico, onde ao mesmo tempo em que a condição previamente saudável da paciente de 88 anos pode ser entendida como uma maior chance de sobrevivência, também pode ser uma razão para a paciente escolher cuidado paliativo no fim da sua vida, conscientemente escolhendo preservar esta qualidade de vida até o final. Por trás deste caso, esconde-se a difícil questão: um prognóstico estimado de alto risco de morte e de baixa probabilidade de manutenção de funcionalidade em caso de sobrevivência podem ser motivos justos para um paciente recusar um tratamento que poderia salvar a sua vida, mas comprometer o que considera dignidade? Mais ainda, deve o médico compartilhar esta decisão, mesmo que a paciente não pergunte? E caso a paciente espontaneamente escolha preservar sua dignidade e qualidade de vida, recusando um tratamento que poderia mantê-la viva, deve o médico respeitar tal escolha? São dilemas éticos atuais ^{15;16;76} e o presente estudo procurou avaliar a hipótese de que características dos médicos podem estar associadas a diferentes modelos de compartilhamento de decisão nestas situações.

Assim, este estudo observou que, no caso clínico hipotético citado, quando a paciente não se pronunciava sobre o tratamento, 58% dos participantes escolheram o tratamento sem avaliar preferências da paciente ou de sua família, caracterizando um modelo paternalista de decisão. Analisando-se as características dos médicos, observou-se que os médicos que compartilharam de alguma forma a decisão, seja com a paciente, com a sua família ou com ambos, eram mais jovens e mais frequentemente leram artigos ou textos sobre cuidados paliativos ou fim de vida em UTI. Tais achados não podem ser interpretados como causalidade, e sim, sugerem uma associação entre características pessoais e educacionais do médico e modelos de

relação médico-paciente/família. Acreditamos que este achado reflita a importância da educação médica no manejo de situações que envolvem potencial fim de vida em UTI. Respeitar os valores e preferências de pacientes, prover informações de forma clara e compreensível, promover autonomia nos processos de tomada de decisão e atender as necessidades físicas e emocionais do pacientes compõem a definição de cuidado centrado no paciente, um conceito fundamental em Cuidados Paliativos^{20;32;97}. Este estudo sugere que a maioria dos intensivistas não compartilha decisões sobre tratamentos em UTI com seus pacientes ou familiares, mesmo em situações onde a mortalidade esperada é alta e a chance de recuperação com funcionalidade é baixa, optando por introduzir tratamentos sustentadores de vida de forma paternalista. O achado de que médicos mais jovens e aqueles que mais leram sobre cuidados paliativos ou fim de vida em UTI compartilharem mais estas decisões pode representar um importante potencial de intervenção, sugerindo que iniciativas educacionais sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI podem ser necessárias para promover a autonomia dos pacientes que enfrentam o risco de morrer na UTI.

Na segunda questão do segundo caso clínico, a paciente espontaneamente recusa o tratamento invasivo. Se autonomia é um princípio ético relativamente recente, a sua extensão até o direito do paciente em recusar tratamentos é mais recente ainda. Nos Estados Unidos o direito do paciente de recusar tratamento foi estabelecido em 1990, quando o Congresso Americano reconheceu o *Patient Self-Determination Act*¹²⁸. Na Europa a decisão da Comissão Europeia de que o paciente tem o direito à autodeterminação, incluindo o direito de recusar tratamentos indesejados é de 2003¹⁷. Orientação adicional vem da Convenção Europeia dos Direitos do Homem que exige que o direito da pessoa à vida é protegido pela lei,

proíbe o tratamento desumano e degradante, e exige o respeito pela vida privada e familiar. No Brasil, tal direito foi abordado pelo Código de Ética Médica atualizado em 2009 ⁷⁵, que no inciso XXI determina que, no processo de tomada de decisões profissionais, “o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos”.

Para exercer o direito de recusar um tratamento, é necessário que o paciente seja capaz de decidir. Esta capacidade por sua vez é definida como a capacidade que adultos têm de fazer decisões para si, com base em uma compreensão de sua condição, do prognóstico, das opções de tratamento (incluindo riscos e benefícios), e participem do processo de consentimento informado ¹²⁸. Existem algumas ferramentas para ajudar médicos a avaliar a capacidade de decisão de seus pacientes ⁷⁶. O *Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T) ¹²⁹ e o *Hopkins Competency Assessment Test* (HCAT) ¹³⁰ foram desenvolvidos com este propósito. No entanto, são ferramentas que demoram para ser aplicadas, limitando sua utilização em situações de urgência. Recentemente, outra ferramenta foi desenvolvida, o modelo CURVES ¹³¹, que através de uma regra mnemônica, propícia para ser utilizada em situações agudas, avalia os requisitos necessários para se estabelecer capacidade de decisão. A ferramenta CURVE avalia alguns aspectos essenciais à capacidade de decidir, também presentes nas outras ferramentas. Assim, os seguintes aspectos são avaliados: a) escolher frente a determinadas opções, sem coerção ou manipulação, e comunicar sua preferência; b) compreender os riscos, benefícios, alternativas e consequências das intervenções planejadas; c) justificar e prover explicações necessárias que embasem a sua escolha ou recusa frente a cada intervenção; d) escolher de forma consistente com seu sistema de valores. Esta

ferramenta auxilia o médico na distinção entre o problema de capacidade de decisão do problema de comunicação. Este último pode ser uma importante variável de confusão, pois na maior parte dos casos de recusa, o problema não é de capacidade de decisão, mas sim de comunicação ineficaz ⁷⁶. Assim, mais do que simplesmente avaliar se o paciente é ou não capaz de decidir, é recomendado que o médico avalie quais os motivos e justificativas para a recusa, e assim, avalie aspectos da comunicação eficaz.

No caso apresentado a paciente lúcida, espontaneamente recusa os procedimentos invasivos. Mantém sua vontade mesmo após receber explicações sobre os possíveis benefícios do tratamento e sobre o risco de morte caso não o aceite. O caso descrito não apresenta os motivos que embasam sua escolha, tampouco se esta escolha está de acordo com seu sistema de valores. Neste estudo, observamos que 19% dos participantes escolheram condutas paternalistas, procedendo com a conduta julgada como melhor pelo próprio médico, sem avaliar outras questões sobre capacidade, envolver familiares na decisão, ou considerar as preferências da paciente. Valorizavam a beneficência, em prol da autonomia e do respeito às preferências da paciente. Oitenta e um por cento dos participantes escolheram alternativas que consideravam, de alguma maneira, a preferência da paciente. As suas respostas variavam desde convocar a família para participar da decisão até aceitar a decisão e iniciar as medicações para conforto. Estes médicos compartilhavam assim, de alguma maneira, a decisão com a paciente ou com sua família, valorizando a autonomia.

A análise multivariada mostrou que estes médicos mais frequentemente expressavam interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados

paliativos em UTI e mais frequentemente trabalhavam em UTI clínica. Novamente, o interesse em cuidados paliativos se associa a diferenças de conduta em fim de vida. Talvez este interesse se relacione com características de personalidade ou da biografia do médico, variáveis não abordadas neste estudo, mas podemos especular que a educação, sendo uma ferramenta capaz de despertar interesse, possa influenciar médicos no sentido de promover a autonomia de pacientes dentro da UTI. Independente destas especulações, este estudo sugere que a variabilidade de condutas frente a uma paciente que recusa tratamentos na UTI está associada a diferenças nas características dos médicos.

7 CONCLUSÕES

Em relação aos objetivos que este estudo se propôs investigar, podemos concluir que:

- a) A maioria das decisões sobre fim de vida em UTI avaliadas neste estudo envolveu exclusivamente médicos (66% das respostas). Apenas 21% dos participantes envolveram também enfermeiros. A análise multivariada observou que especialistas em Medicina Intensiva e médicos mais jovens mais frequentemente envolveram enfermeiros no processo de tomada de decisão sobre os tratamentos da paciente apresentada.
- b) Entre os participantes, 89% estabeleceriam uma ONR para a paciente apresentada, sendo 44% destas ONR exclusivamente verbais. Médicos que atribuíram a si mesmo notas mais altas em relação ao conhecimento sobre cuidados paliativos mais frequentemente estabeleceriam uma ONR na análise multivariada. Médicos mais jovens estavam associados de forma independente à documentação por escrito da ONR comparados aqueles que a aplicariam somente de forma verbal.
- c) A maior parte dos médicos avaliados (60%) respondeu que limitaria de alguma forma o SAV caso a paciente em questão evoluísse com um choque séptico, enquanto 21% respondeu que não limitaria nenhum suporte e 19% retiraria o SAV. Na análise de regressão logística, o interesse em discutir sobre fim de vida em UTI permaneceu como variável de associação independente para retirada de SAV.

- d) Quarenta e seis dos 105 médicos avaliados (44%) apresentavam respostas discordantes para as questões sobre a conduta mais provável e a conduta acreditada como sendo a melhor para a paciente. Dentre estes, 45 (98%) acreditavam que a melhor conduta envolveria o uso de menos SAV do que mais provavelmente fariam. Motivos relacionados a aspectos jurídicos ou legais foram os mais frequentemente apontados como os motivos para a divergência entre a conduta mais provável e aquela acreditada sendo como a melhor para a paciente.
- e) A maioria das decisões (58%) envolvendo uma paciente lúcida em UTI com alto risco de morte ou de baixa funcionalidade em caso de sobrevivência foram decisões paternalistas, e não ofereceram qualquer autonomia à paciente ou a sua família. A análise multivariada observou que as características dos médicos como idade mais jovem e ler mais artigos ou textos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI estavam associadas de forma independente ao compartilhamento da decisão com a paciente e/ou sua família, provendo assim algum grau de autonomia.

Na situação de recusa de tratamento invasivo, envolvendo uma paciente lúcida e ciente dos riscos e benefícios do tratamento, 19% dos participantes não consideraram as preferências da paciente, desconsiderando sua autonomia em prol da beneficência. A análise multivariada observou que os 81% dos médicos que, de alguma forma, consideraram as preferências da paciente na sua decisão mais frequentemente se interessavam sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI e mais frequentemente trabalhavam em UTI clínica.

Dentre as características médicas associadas com a variabilidade de condutas em fim de vida em UTI, ressaltamos duas encontradas neste estudo, e até onde sabemos, inéditas na literatura médica. A primeira foi o interesse do médico em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI. Esta característica esteve independentemente associada à conduta de retirada ou limitação de SAV em situação de fim de vida e ao compartilhamento de decisão em caso de recusa de tratamento. Podemos supor que talvez este interesse reflita diferenças de personalidade ou da própria biografia destes médicos. Independente destas suposições, interesse em participar de discussões sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI se mostrou associado tanto a condutas que permitem a uma paciente em fim de vida uma morte mais natural quanto ao compartilhamento de decisões, permitindo algum grau de autonomia ao paciente e/ou sua família nas decisões que envolvem vida e sua morte.

Outra característica que gostaríamos de ressaltar foi a associação independente entre características relacionadas à educação em cuidados paliativos ou fim de vida em UTI (a saber, maior nota atribuída a si mesmo em relação ao conhecimento sobre cuidados paliativos e mais leitura de artigos ou textos sobre fim de vida ou cuidados paliativos em UTI) e a condutas como o estabelecerem de uma ONR ou o compartilhamento de decisões em uma situação de alto risco de morte em UTI. Dadas as características metodológicas deste estudo, incapaz de estabelecer causalidade, não podemos inferir se estes médicos estudavam mais porque já estabeleciam ONR ou compartilhavam decisões, ou se estas condutas eram consequências do fato de estudarem mais. De qualquer maneira, esta associação

sugere a necessidade de novas investigações sobre o papel da educação médica nos cuidados e decisões envolvendo fim de vida em UTI.

Julgamos intrigante também os achados de características médicas como educação e interesse se associarem com as variabilidades de condutas. Como discutido anteriormente, acreditamos que as análises estatísticas realizadas neste estudo não são capazes de excluir a possível colinearidade entre estas duas variáveis, dado a possível natureza recursiva entre ambas. Educação desperta interesse, e interesse leva a educação, num ciclo que se repete indefinidamente, e que em amplo espectro, faz com que transformações educacionais sejam capazes de gerar profundas modificações culturais ¹⁰⁹. Desta forma, modificações na educação médica em relação aos cuidados paliativos e aos cuidados de fim de vida em UTI podem ser uma possível intervenção a ser investigada no sentido de ampliar a autonomia de pacientes que enfrentam situações de potencial fim de vida, ou de se permitir uma morte mais natural para os pacientes em que estão na sua fase final, modificando eventualmente a cultura médica mais paternalista e mais invasiva no fim da vida identificada neste estudo.

Acreditamos também que o resultado de que 44% dos médicos não agiriam conforme acreditam ser melhor para a paciente em potencial fim de vida, sendo que 98% destes utilizariam mais SAV do que julgavam melhor, é bastante preocupante. Especialmente no que se refere ao fato de o principal motivo alegado para esta discrepância de condutas serem motivos legais ou judiciais. Acreditamos que este achado seja um indício da necessidade de ampla discussão não só na sociedade médica, mas também nos outros da sociedade brasileira sobre o manejo adequado do SAV na fase final da vida. De certa forma, a resolução 1805/2006 do CFM levou

para diversos setores da sociedade brasileira esta discussão. O achado deste estudo sugere que esta discussão é ainda necessária.

Para concluir, entendemos que decisões sobre fim de vida são mais do que simples escolhas técnicas, e envolvem uma complexa relação entre os médicos, responsáveis por escolher os tratamentos adequados, e os pacientes e suas famílias, com as suas biografias, identidades, desejos e preferências únicas. Este encontro singular torna o cuidado ao fim de vida dramaticamente variável, consequência das inúmeras diferenças e peculiaridades de cada situação, inerentes à valiosa diversidade humana. Mas tradicionalmente, a Medicina foca suas investigações nas diferenças clínicas que os pacientes apresentam como fonte desta variabilidade. Este estudo mostra que, fixada uma determinada situação clínica, as variáveis referentes às características do médico estão associadas à variabilidade das condutas envolvendo final de vida em UTI. Embora lógico, tal pressuposto foi investigado de forma esparsa na literatura médica, que privilegia a investigação de características do paciente e de suas doenças. Estes achados enfatizam a noção de que, em uma relação tão complexa como a relação médico-paciente, há de se entender ambas, e não só uma das partes, para se entender o sistema em interação. O ideal de cientificidade, presente tanto na Medicina quanto em outras áreas de conhecimento moderno, busca isolar o objeto de conhecimento do conhecedor¹³². Este estudo sugere que, no que se refere a decisões médicas envolvendo fim de vida em UTI, isto não é possível. As características dos médicos estão associadas com a variabilidade de condutas em fim de vida. A decisão portanto, não é apenas dependente de variáveis clínicas dos pacientes, mas também de variáveis referentes às características dos médicos. E para estudá-las precisaremos de um modelo de cientificidade que incorpore esta

complexidade, derivada das múltiplas interações entre as suas partes, a saber, médicos e pacientes.

8 ANEXOS

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 8091 – SÃO PAULO - BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO.:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA
 Condutas do médico frente ao fim de vida na Unidade de Terapia Intensiva.....

PESQUISADOR:.....Daniel Neves Forte.....

CARGO/FUNÇÃO: ...Médico Preceptor da Disciplina de Emergências Clínicas

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº ...104295.....

UNIDADE DO HCFMUSP: ..Disciplina de Emergências Clínicas.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO

RISCO MÍNIMO

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO **x**

RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos.....

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa:

Com a importância crescente dos cuidados paliativos, a qualidade de morte passou a ser cada vez mais discutida, inclusive dentro da UTI.

Entretanto, a discussão sobre terminalidade é muito mais complexa quando se trata de um paciente com uma doença aguda crítica. É neste momento tão delicado que surgem as dúvidas: quando aspectos de qualidade de vida e de morte se defrontam com aspectos de uma tecnologia capaz de sustentar a vida mesmo que sem qualidade. Devem-se aplicar todos os tratamentos que a tecnologia nos disponibiliza a todos os pacientes, independentemente do prognóstico ou da vontade do paciente ou familiar? Deve-se limitar o tratamento? Deve-se suspender algum tratamento na UTI para se evitar sofrimento? São perguntas que todo o médico que trabalha em Terapia Intensiva já se fez em algum momento. São questionamentos frequentes durante as discussões médicas à beira do leito. E questões relacionadas a esta temática têm sido amplamente discutidas na literatura médica internacional. Entretanto, estes mesmos estudos internacionais apontam diferenças importantes relacionadas a aspectos culturais e legais de cada país. Apesar de ser um tema em discussão no mundo e no nosso país, com elaboração de leis, de pareceres éticos e de produção científica, muito pouco se sabe como realmente estas decisões são conduzidas no Brasil

O presente estudo tem como objetivo descrever como são estas atitudes no Hospital das Clínicas da FMUSP e quais são os fatores que as influenciam.:

O conhecimento de tais informações torna mais produtiva a discussão que tenta melhorar aspectos de fim de vida na UTI.

1. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Aplicação de um questionário para médicos que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva no Hospital das Clínicas da FMUSP. Tal questionário foi adaptado de um já aplicado a médicos de 21 países e publicado anteriormente. O resultado deste estudo permitirá avaliar como ocorrem as decisões referentes ao fim de vida em UTI no Hospital das Clínicas da FMUSP e compará-las com a prática internacional.

3. desconfortos e riscos esperados

Não esperamos risco à saúde ou integridade física.

4. benefícios que poderão ser obtidos

A determinação destes dados pode ser usada para avaliar como ocorrem as condutas referentes à terminalidade na UTI. A comparação de tais dados com dados da literatura médica internacional pode ser usada para melhorar a discussão do tema, ressaltando-se as diferenças culturais existentes, e identificando aspectos críticos desta discussão.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo Não se aplica.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. **sim**

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. **sim**

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade. **sim**

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

Não se esperam danos à saúde dos entrevistados decorrentes da aplicação de questionário

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Não se esperam danos à saúde dos entrevistados decorrentes da aplicação de questionário.

**V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS
PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

Pesquisador: Daniel Neves Forte – médico Preceptor da Disciplina de Emergências Clínicas do HC-FMUSP

Endereço Comercial: sala 6033 – Instituto Central do HC-FMUSP – ramal 7296

Sala 5023 - ICHC. Secretaria da Disciplina da Disciplina de Emergências Clínicas – ramal 6336

Endereço Residencial : R. Ministro Ferreira Alves, 1031, apto 62 A, Pompéia, São Paulo –SP

Telefones: 38682624 / 99145458

E-mail : dnforte@yahoo.com.br

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO

Estudo sobre condutas no paciente grave em UTI

Obrigado pela atenção. O objetivo deste estudo é avaliar como é a atitude de médicos brasileiros frente ao paciente grave em UTI. Para isto peço que você responda este questionário com atenção, e de forma sincera e individual. Responda-o baseando-se nas condutas mais frequentes que você tomou ultimamente NA UTI AONDE VOCÊ SE ENCONTRA NESTE MOMENTO.

São questões de múltipla escolha, a primeira parte referente a dois casos clínicos e a segunda, referente a aspectos demográficos, que não tomarão mais do que 15 minutos do seu tempo. Uma parte deste questionário já foi aplicada em outros países, mas apenas uma pequena parcela de médicos brasileiros respondeu.

Este questionário é ANÔNIMO, e em nenhuma circunstância sua identidade será revelada.

.

Grato pela colaboração

Daniel Neves Forte

Médico da Disciplina de Emergências Clínicas
HC-FMUSP

1º PARTE: CASOS CLÍNICOS

CASO 1: Mulher de 55 anos é admitida na UTI após ser reanimada de uma parada cardio-respiratória decorrente de Insuficiência Coronariana. Ela apresenta lesão cerebral pós-anóxica grave, e 24 horas após a admissão, apresenta movimentos de descerebração, e ausência de resposta no exame de potenciais evocados. Após avaliação e investigação neurológica, o consenso entre equipes (incluindo a equipe de neurologia) é de que o seu melhor prognóstico seria estado vegetativo persistente. Ela não tem familiares próximos e não deixou qualquer vontade explícita enquanto estivesse consciente sobre suas preferências de fim de vida. Não fazia acompanhamento médico.

Q1:

- a) Decide por você mesmo;
- b) decide após um consenso com outros médicos;
- c) decide após um consenso com outros médicos e enfermeiras;
- d) encaminha a decisão ao comitê de ética do hospital;
- e) encaminha a decisão ao tribunal judicial.

Q2: A sua decisão pode resultar em uma ordem de não realizar ressuscitação cardíaco-pulmonar caso a paciente apresente nova parada cardíaco-respiratória?

- a) Sim, ordem escrita;
- b) sim, ordem verbal;
- c) não.

Após alguns dias de estabilidade clínica, mantendo-se sem sedação em Glasgow 4T (abertura ocular 1, resposta motora 2, resposta verbal 1T) a paciente desenvolve um choque séptico decorrente de uma pneumonia associada à ventilação mecânica.

Q3: Qual seria a sua conduta MAIS PROVÁVEL nesta UTI?

- a) Manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos e drogas vasoativas;
- b) manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos, mas não drogas vasoativas;
- c) garantir analgesia e conforto, manter os parâmetros do ventilador e não iniciar outras intervenções;
- d) garantir analgesia e conforto, colocar o ventilador em parâmetros mínimos e não iniciar outras intervenções;
- e) garantir analgesia e conforto e extubar.

Q4: Considerando-se as mesmas condições da questão anterior, qual seria a conduta que você ACREDITA ser a melhor para a paciente?

- a) Manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos e drogas vasoativas;
- b) manter ventilação mecânica e iniciar antibióticos, mas não drogas vasoativas;
- c) garantir analgesia e conforto, manter os parâmetros do ventilador e não iniciar outras intervenções;

- d) garantir analgesia e conforto, colocar o ventilador em parâmetros mínimos e não iniciar outras intervenções;
- e) garantir analgesia e conforto e extubar.

Caso a sua resposta da questão 3 tenha sido diferente da resposta da questão 4 continue na questão 5. Caso as suas respostas foram iguais para ambas as questões, pule para a questão 6.

Q5 : Qual(is) o(s) motivo(s) MAIS IMPORTANTE(s) que explica(m) a diferença de respostas entre o que o você faria e o que acredita ser melhor?

- a) relacionado a aspectos jurídicos / legais;
- b) relacionado a como outros médicos interpretariam minha conduta;
- c) relacionado a como o restante da equipe (enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas) interpretaria minha conduta;
- d) relacionado a como a sociedade interpretaria minha conduta;
- e) relacionado a aspectos religiosos;
- f) Outro(s) . Especifique :

Q6: Qual é o motivo que explica a sua resposta na questão 4?

- a) acredito que a vida deva ser preservada a qualquer custo;
- b) acredito que existam situações em que a qualidade de vida deva guiar as decisões médicas;
- c) acredito que existam situações em que a disponibilidade de leitos ou de custos deva guiar as decisões médicas;
- d) motivos legais ou jurídicos;
- e) outro. Especifique:

Q7: A sua conduta mais provável neste caso seria diferente nas outras UTIs em que você trabalha?

- a) não, trabalho apenas nesta UTI;
- b) não, a minha conduta seria a mesma nas outras UTIs em que trabalho;
- c) sim, a minha conduta seria diferente. Qual seria o principal motivo?

Caso 2. Senhora de 88 anos, sem doença prévia, lúcida, mora sozinha e exerce todas as atividades domésticas. Não fazia acompanhamento médico prévio, é viúva e tem dois filhos. Interna na UTI devido a uma pneumonia domiciliar com sepse grave (acidose metabólica com hiperlactatemia). A paciente evolui com piora nas primeiras 48 horas de internação, apesar do tratamento otimizado oferecido na UTI. Neste momento encontra-se consciente e orientada, recebendo antibioticoterapia de amplo espectro, em insuficiência renal aguda, sem uso de drogas vasoativas, taquipneica, com saturação periférica de oxigênio de 91% na máscara reservatório de O₂ (FiO₂=100%), tolerando pouco a ventilação não invasiva. Provavelmente necessitará de ventilação mecânica invasiva, drogas vasoativas e hemodiálise nas próximas horas. *Considere que a equipe responsável pela paciente é exclusivamente a equipe da UTI.*

Q8: Na condução deste caso, qual a sua conduta MAIS PROVÁVEL:

- a) Realizo a sedação e procedo à intubação orotraqueal sem explicação prévia. Explico à família posteriormente.
- b) Aviso à paciente que será iniciada a ventilação mecânica. Realizo a sedação e procedo à intubação orotraqueal. Explico à família posteriormente.
- c) Discuto com a paciente sobre riscos, opções de tratamento e preferências. De acordo com as preferências da paciente, inicio ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto. Comunico à família posteriormente.
- d) Discuto com a família sobre riscos, opções de tratamento e preferências da paciente. De acordo com as preferências da família, inicio ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto.
- e) Discuto com a paciente e a família sobre riscos, opções de tratamento e preferências. De acordo com as preferências de ambas, inicio ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto
- f) Inicio medicações para conforto sem conversar previamente com a paciente ou com a família.

Q9: Suponha que em um determinado momento a paciente espontaneamente fale que não deseja ser intubada ou receber procedimentos invasivos. Ela está lúcida e mantém sua vontade mesmo após você explicar sobre os possíveis benefícios da ventilação mecânica invasiva e sobre o risco de morte caso não aceite o suporte invasivo. Apesar do tratamento oferecido até o momento ela está evoluindo com piora respiratória, e provavelmente entrará em insuficiência respiratória nas próximas horas. Qual é a sua conduta MAIS PROVÁVEL:

- a) Realizo sedação e intubação orotraqueal sem explicação prévia, explico à família posteriormente;
- b) aviso à paciente que será iniciada a ventilação mecânica e realizo a sedação intubação orotraqueal, explico à família posteriormente;
- c) convoco e discuto com a família e sobre riscos, opções de tratamento e preferências da paciente. De acordo com as preferências da família, inicio ou procedimentos invasivos ou medicações para conforto;
- d) convoco a família e comunico a eles sobre as opções e preferências de fim de vida da paciente. Inicio então medicações para conforto;
- e) Inicio medicações para conforto e comunico a família posteriormente.

Q19: Você tem religião? sim, praticante () sim, não praticante () não ()

Q20: Comentários que julgar pertinentes

Obrigado pela participação.

Por favor, devolva este questionário dentro do envelope à urna que está nesta UTI.

9 REFERÊNCIAS

1. Elias N. *A solidão dos moribundos*. Tradução de Plínio Dentzies. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2001.
2. Fink MP, Vincent JL, Abraham E. *Textbook of critical care*. 5th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Saunders; 2005.
3. Corbin ACJJVG. *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis: Ed. Vozes; 2008.
4. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* 2^a ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2007.
5. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care*. 2005; 20(3):207-213.
6. 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). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA*. 1995; 274(20):1591-1598.
7. Nelson JE, Meier DE, Litke A, Natale DA, Siegel RE, Morrison RS. The symptom burden of chronic critical illness. *Crit Care Med*. 2004; 32(7):1527-1534.
8. Nelson JE, Danis M. End-of-life care in the intensive care unit: where are we now? *Crit Care Med*. 2001; 29(2 Suppl):N2-N9.
9. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000; 284(19):2476-2482.

10. Morrison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med*. 2004; 350(25):2582-2590.
11. Levy MM, McBride DL. End-of-life care in the intensive care unit: state of the art in 2006. *Crit Care Med*. 2006; 34(11 Suppl):S306-S308.
12. Nelson JE. Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006; 34(11 Suppl):S324-S331.
13. Keenan SP. Improving end-of-life care: targeting what we can. *Crit Care Med*. 2004; 32(5):1230-1231.
14. Prendergast TJ, Puntillo KA. Withdrawal of life support: intensive caring at the end of life. *JAMA*. 2002; 288(21):2732-2740.
15. Luce JM. End-of-Life Decision-making in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(1):6-11.
16. Siegel MD. End-of-life decision making in the ICU. *Clin Chest Med*. 2009; 30(1):181-94, x.
17. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, Hinds C, Pimentel JM, Reinhart K, Thompson BT. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med*. 2004; 30(5):770-784.
18. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Menezes FA, Othero JCB et al. End of life and palliative care in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20(4):422-428.
19. Niederman MS, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med*. 2010; 38(10 Suppl):S518-S522.

20. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: CRMESP; 2008.
21. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, Levy M, Mularski RA, Osborne ML, Prendergast TJ, Rocker G, Sibbald WJ, Wilfond B, Yankaskas JR; ATS End-of-Life Care Task Force. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008; 177(8):912-927.
22. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008; 36(3):953-963.
23. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, DeVita MA, Rosenbaum SH, Rothenberg DM, Sprung CL, Webb SA, Wlody GS, Hurford WE. 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; 29(12):2332-2348.
24. Moritz RD, Deicas A, Capalbo M, Forte DN, Kretzer L, Lago P et al. II Forum of the "End of life study group pf the southern cone of America": palliative care definitions, recommendations and integrated actions for intensive care and pediatric intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011; 23(1):24-29.
25. American Medical Association. American Medical Association: Policy on end-of-life care. 2011. Statute.
26. Bell D. The legal framework for end of life care: a United Kingdom perspective. *Intensive Care Med*. 2007; 33(1):158-162.

27. Kompanje EJ. Care for the dying in intensive care in The Netherlands. *Intensive Care Med.* 2006; 32(12):2067-2069.
28. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, van Delden JJ, Hanssen-de Wolf JE, Janssen AG, Pasman HR, Rietjens JA, Prins CJ, Deerenberg IM, Gevers JK, van der Maas PJ, van der Wal G. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med.* 2007; 356(19):1957-1965.
29. Santoro L. *Morte digna: o direito do paciente terminal*. Curitiba: Jurua Editora, 2010.
30. Conselho Federal de Medicina do Brasil. *Código de Ética Médica* (http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122). (Accessed in 03/06/2011) 2010.
31. Michalsen A, Reinhart K. "Euthanasia": A confusing term, abused under the Nazi regime and misused in present end-of-life debate. *Intensive Care Med.* 2006; 32(9):1304-1310.
32. Hall S, Petkova H, Tsouros A, Costantini, M, Higginson JJ. World Health Organization: Palliative care for older people: better practices. Copenhagen, Dinamarca: World Health Organization; 2011.
33. Fassier T, Lautrette A, Ciroidi M, Azoulay E. Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. *Curr Opin Crit Care.* 2005; 11(6):616-623.
34. Cook DJ, Rocker G, Giacomini M, Sinuff T, Heyland D. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006; 34(supplement):s317-s323.
35. Papa João Paulo II. *Encíclica Evangelium Vitae*. parágrafo 76. 1995.

-
36. Fairman RP. Withdrawing life-sustaining treatment. Lessons from Nancy Cruzan. *Arch Intern Med.* 1992; 152(1):25-27.
 37. Winter B, Cohen S. ABC of intensive care. Withdrawal of treatment. *BMJ.* 1999; 319(7205):306-308.
 38. Meisel A. Legal myths about terminating life support. *Arch Intern Med.* 1991; 151(8):1497-1502.
 39. Luttrell S. Withdrawing or withholding life prolonging treatment. *BMJ.* 1999; 318(7200):1709-1710.
 40. Bone RC. End-of-life issues: the physician's role. *Crit Care Med.* 1997; 25(6):1083-1084.
 41. Ventres W, Nichter M, Reed R, Frankel R. Limitation of medical-care - An ethnographic analysis. *J Clin Ethics.* 1993; 4(2):134-145.
 42. Bone RC, Rosenow EC. ACCP guidelines for an expert witness. *Chest.* 1990; 98(4):1006.
 43. Giacomini M, Cook D, DeJean D, Shaw R, Gedge E. Decision tools for life support: a review and policy analysis. *Crit Care Med.* 2006; 34(3):864-870.
 44. Levin PD, Sprung CL. Withdrawing and withholding life-sustaining therapies are not the same. *Crit Care.* 2005; 9(3):230-232.
 45. Eidelman LA, Jakobson DJ, Pizov R, Geber D, Leibovitz L, Sprung CL. Foregoing life-sustaining treatment in an Israeli ICU. *Intensive Care Med.* 1998; 24(2):162-166.
 46. UK General Medical Council. *UK General Medical Council: Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making.* UK General Medical Council . 2010. Ref Type: Electronic Citation

-
47. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med*. 2001; 29(2 Suppl):N52-N55.
 48. Rydvall A, Lynoe N. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: a comparative study of the ethical reasoning of physicians and the general public. *Crit Care*. 2008; 12(1):R13.
 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(4):1163-1167.
 50. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, Freitag A, Varon J, Bradley C, Levy M, Finfer S, Hamielec C, McMullin J, Weaver B, Walter S, Guyatt G; Level of Care Study Investigators and the Canadian Critical Care Trials Group. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2003; 349(12):1123-1132.
 51. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T; Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003; 290(6):790-797.
 52. Wunsch H, Harrison DA, Harvey S, Rowan K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med*. 2005; 31(6):823-831.
 53. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet*. 2001; 357(9249):9-14.

-
54. Gajewska K, Schroeder M, De Marre F, Vincent JL. Analysis of terminal events in 109 successive deaths in a Belgian intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2004; 30(6):1224-1227.
 55. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C, Alcalá-Zamora J, Cook DJ, Sanchez JM, Abizanda R, Miró G, Fernández Del Cabo MJ, de Miguel E, Santos JA, Balerdi B. Withdrawing and withholding of life support in intensive care units: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med.* 2001; 27(11):1744-1749.
 56. Bertolini G, Boffelli S, Malacarne P, Peta M, Marchesi M, Barbisan C, Tomelleri S, Spada S, Satolli R, Gridelli B, Lizzola I, Mazzon D. End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units. *Intensive Care Med.* 2010; 36(9):1495-1504.
 57. Brieva JL, Cooray PRM. Withholding and withdrawal of life-sustaining therapies in intensive care: an Australian experience. *Crit Care Resusc.* 2009; 11(4):266-268.
 58. 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; 31(4):562-567.
 59. Mani RK, Mandal AK, Bal S, Javeri Y, Kumar R, Nama DK, Pandey P, Rawat T, Singh N, Tewari H, Uttam R. End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2009; 35(10):1713-1719.
 60. Kritek PA, Slutsky AS, Hudson LD. Clinical decisions. Care of an unresponsive patient with a poor prognosis--polling results. *N Engl J Med.* 2009; 360(10):e15.

61. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Melot C, Vincent JL. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Arch Intern Med.* 2005; 165(17):1970-1975.
62. Soares M, Terzi RG, Piva JP. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med.* 2007; 33(6):1014-1017.
63. Moritz RD, Deicas A, Rossini JP, Lago P, Machado FO. Perception about end of life treatments in Argentina, Brazil and Uruguay intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010; 22(2):125-132.
64. Soares M, Silva UV, Teles JM, Silva E, Caruso P, Lobo SM, Dal Pizzol F, Azevedo LP, de Carvalho FB, Salluh JI. Validation of four prognostic scores in patients with cancer admitted to Brazilian intensive care units: results from a prospective multicenter study. *Intensive Care Med.* 2010; 36(7):1188-1195.
65. Soares M, Salluh JI, Ferreira CG, Luiz RR, Spector N, Rocco JR. Impact of two different comorbidity measures on the 6-month mortality of critically ill cancer patients. *Intensive Care Med.* 2005; 31(3):408-415.
66. Vieira JM, Jr., Castro I, Curvello-Neto A, Demarzo S, Caruso P, Pastore L, Jr., Imanishe MH, Abdulkader RC, Deheinzelin D. Effect of acute kidney injury on weaning from mechanical ventilation in critically ill patients. *Crit Care Med.* 2007; 35(1):184-191.
67. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2003; 15(1):40-44.
68. Maccariello E, Soares M, Valente C, Nogueira L, Valenca RV, Machado JE, Rocha E. RIFLE classification in patients with acute kidney injury in need of renal replacement therapy. *Intensive Care Med.* 2007; 33(4):597-605.

-
69. Kipper DJ, Piva JP, Garcia PC, Einloft PR, Bruno F, Lago P, Rocha T, Schein AE, Fontela PS, Gava DH, Guerra L, Chemello K, Bittencourt R, Sudbrack S, Mulinari EF, Morais JF. Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care units in southern Brazil. *Pediatr Crit Care Med*. 2005; 6(3):258-263.
 70. Fumis RR, Deheinzelin D. Respiratory support withdrawal in intensive care units: families, physicians and nurses views on two hypothetical clinical scenarios. *Crit Care*. 2010; 14(6):R235.
 71. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. *JAMA*. 1960; 173:1064-1067.
 72. Ewanchuk M, Brindley PG. Perioperative do-not-resuscitate orders--doing 'nothing' when 'something' can be done. *Crit Care*. 2006; 10(4):219.
 73. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, Larkin GL, Nadkarni V, Mancini ME, Berg RA, Nichol G, Lane-Trullt T. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation*. 2003; 58(3):297-308.
 74. Torrea LA, Reis AG, Troster EJ, Oselka G. Cardiopulmonary resuscitation: discrepancy between the actual cardiopulmonary resuscitation and the documentation in the medical record. *J Pediatr*. (Rio J) 2000; 76(6):429-433.
 75. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica: Código de processo ético profissional, Conselhos de Medicina, direitos dos pacientes. São Paulo: CREMESP; 2009.
 76. Carrese JA. Refusal of care: patients' well-being and physicians' ethical obligations: "but doctor, I want to go home". *JAMA*. 2006; 296(6):691-695.

-
77. Cook D. Patient autonomy versus parentalism. *Crit Care Med.* 2001; 29(2 Suppl):N24-N25.
 78. Lorenzl S, Mayer S, Noachtar S, Borasio GD. Nonconvulsive status epilepticus in terminally ill patients-a diagnostic and therapeutic challenge. *J Pain Symptom Manage.* 2008; 36(2):200-205.
 79. Rodriguez-Osorio CA, Dominguez-Cherit G. Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. *Curr Opin Crit Care.* 2008; 14(6):708-713.
 80. Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest.* 2008; 134(4):835-843.
 81. Fumis RR, De Camargo B, Del Giglio A. Physician, patient and family attitudes regarding information on prognosis: a Brazilian survey. *Ann Oncol.* 2011.
 82. Azoulay E, Metnitz B, Sprung CL, Timsit JF, Lemaire F, Bauer P, Schlemmer B, Moreno R, Metnitz P; SAPS 3 investigators. End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med.* 2009; 35(4):623-630.
 83. Garland A, Connors AF. Physicians' influence over decisions to forego life support. *J Palliat Med.* 2007; 10(6):1298-1305.
 84. Lofmark R, Nilstun T, Cartwright C, Fischer S, van der HA, Mortier F, Norup M, Simonato L, Onwuteaka-Philipsen BD; EURELD Consortium. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: survey in 6 European countries and Australia. *BMC Med.* 2008; 6:4.

-
85. Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Med.* 2003; 29(11):1902-1910.
 86. Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Med.* 2003; 29(11):1902-1910.
 87. Barnato AE, Hsu HE, Bryce CL, Lave JR, Emlet LL, Angus DC, Arnold RM. Using simulation to isolate physician variation in intensive care unit admission decision making for critically ill elders with end-stage cancer: a pilot feasibility study. *Crit Care Med.* 2008; 36(12):3156-3163.
 88. Sprung CL, Maia P, Bulow HH, Ricou B, Armaganidis A, Baras M, Wennberg E, Reinhart K, Cohen SL, Fries DR, Nakos G, Thijs LG; Ethicus Study Group. The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med.* 2007; 33(10):1732-1739.
 89. Billings ME, Engelberg R, Curtis JR, Block S, Sullivan AM. Determinants of medical students' perceived preparation to perform end-of-life care, quality of end-of-life care education, and attitudes toward end-of-life care. *J Palliat Med.* 2010; 13(3):319-326.
 90. Bradley EH, Cramer LD, Bogardus ST, Jr., Kasl SV, Johnson-Hurzeler R, Horwitz SM. Physicians' ratings of their knowledge, attitudes, and end-of-life-care practices. *Acad Med.* 2002; 77(4):305-311.
 91. Curtis JR, Nielsen EL, Treece PD, Downey L, Dotolo D, Shannon SE, Back AL, Rubenfeld GD, Engelberg RA. Effect of a quality-improvement intervention on end-of-life care in the intensive care unit: a randomized trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011; 183(3):348-355.

-
92. Sprung CL, Carmel S, Sjokvist P, Baras M, Cohen SL, Maia P, Beishuizen A, Nalos D, Novak I, Svantesson M, Benbenishty J, Henderson B; ETHICATT Study Group. Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive Care Med.* 2007; 33(1):104-110.
 93. Rubenfeld GD. Surveys: an introduction. *Respir Care.* 2004; 49(10):1181-1185.
 94. White DB, Curtis JR, Lo B, Luce JM. Decisions to limit life-sustaining treatment for critically ill patients who lack both decision-making capacity and surrogate decision-makers. *Crit Care Med.* 2006; 34(8):2053-2059.
 95. Luce JM. End-of-Life Decision-making in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010;201001-0071CI.
 96. Fumis RR, Deheinzeln D. Respiratory support withdrawal in intensive care units: families, physicians and nurses views on two hypothetical clinical scenarios. *Crit Care.* 2010; 14(6):R235.
 97. Hanks G, Cherny N, Christakis N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R. *Oxford textbook of Palliative Medicine.* 4th ed. Oxford: Oxford University Press, USA; 2009.
 98. Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med.* 2006; 34(11 Suppl):S332-S340.
 99. Doval HC, Borracci RA, Giorgi MA, Daru V, Tanus E, Nunez C. [Survey of medical attitudes towards a "case scenario" of encephalopathy after cardiac arrest]. *Medicina.* (B Aires) 2009; 69(1 Pt 2):157-162.

100. Ho KM, English S, Bell J. The involvement of intensive care nurses in end-of-life decisions: a nationwide survey. *Intensive Care Med.* 2005; 31(5):668-673.
101. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, Jaber S, Chagnon JL, Renault A, Robert R, Pochard F, Herve C, Brun-Buisson C, Duvaldestin P; French RESSENTI Group. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003; 167(10):1310-1315.
102. Reader TW, Flin R, Mearns K, Cuthbertson BH. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2009; 37(5):1787-1793.
103. Tian J, Kaufman DA, Zarich S, Chan PS, Ong P, Amoateng-Adjepong Y, Manthous CA, American Heart Association National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Outcomes of critically ill patients who received cardiopulmonary resuscitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010; 182(4):501-506.
104. Myrianthefs P, Kalafati M, Lemonidou C, Minasidou E, Evagelopoulou P, Karatzas S, Baltopoulos G. Efficacy of CPR in a general, adult ICU. *Resuscitation.* 2003; 57(1):43-48.
105. Estado de São Paulo, promulgada pelo governador Mario Covas. Lei estadual sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS. Lei Estadual n. 10.241/99, artigo 2º, inciso XXIII, Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, n.51, 18 mar. 1999. Seção 1, p.1. 1999.
106. Segre M. Parecer do Conselho Regional de Medicina de Estado de São Paulo de número 82742 de 2001. 82742. 2001.

107. Moselli NM, Debernardi F, Piovano F. Forgoing life sustaining treatments: differences and similarities between North America and Europe. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2006; 50(10):1177-1186.
108. 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; 18(1):11-16.
109. Sen A. *Identity and violence: the illusion of destiny*. New York: W. W. Norton & Company Inc; 2006.
110. Bruera E, Neumann CM, Mazzocato C, Stiefel F, Sala R. Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding communication with terminally ill cancer patients. *Palliat Med*. 2000; 14(4):287-298.
111. Psirides AJ, Sturland S. Withdrawal of active treatment in intensive care: what is stopped - comparison between belief and practice. *Crit Care Resusc*. 2009; 11(3):210-214.
112. Michalsen A. Care for dying patients--German legislation. *Intensive Care Med*. 2007; 33(10):1823-1826.
113. Vincent JL. End-of-life practice in Belgium and the new euthanasia law. *Intensive Care Med*. 2006; 32(11):1908-1911.
114. Steinberg A, Sprung CL. The dying patient: new Israeli legislation. *Intensive Care Med*. 2006; 32(8):1234-1237.
115. Baumann A, Audibert G, Claudot F, Puybasset L. Ethics review: end of life legislation--the French model. *Crit Care*. 2009; 13(1):204.
116. Zamperetti N, Proietti R. End of life in the ICU: laws, rules and practices: the situation in Italy. *Intensive Care Med*. 2006; 32(10):1620-1622.

-
117. Cabre L, Casado M, Mancebo J. End-of-life care in Spain: legal framework. *Intensive Care Med.* 2008; 34(12):2300-2303.
 118. Torres JH. A omissão terapêutica a pacientes terminais sob o ponto de vista jurídico. *Revista do CREMESP.* 2008;(43):15-17.
 119. Dowdy DW, Eid MP, Sedrakyan A, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, Herridge MS, Needham DM. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. *Intensive Care Med.* 2005; 31(5):611-620.
 120. Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care.* 2005; 9(2):R96-109.
 121. Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2007; 33(9):1506-1518.
 122. Rady MY, Johnson DJ. Hospital discharge to care facility: a patient-centered outcome for the evaluation of intensive care for octogenarians. *Chest.* 2004; 126(5):1583-1591.
 123. Sacanella E, Perez-Castejon JM, Nicolas JM, Masanes F, Navarro M, Castro P, López-Soto A. Mortality in healthy elderly patients after ICU admission. *Intensive Care Med.* 2009; 35(3):550-555.
 124. Azoulay E, Alberti C, Legendre I, Buisson CB, Le Gall JR. Post-ICU mortality in critically ill infected patients: an international study. *Intensive Care Med.* 2005; 31(1):56-63.

-
125. Feng Y, Amoateng-Adjepong Y, Kaufman D, Gheorghe C, Manthous CA. Age, duration of mechanical ventilation, and outcomes of patients who are critically ill. *Chest*. 2009; 136(3):759-764.
 126. Martin CM, Hill AD, Burns K, Chen LM. Characteristics and outcomes for critically ill patients with prolonged intensive care unit stays. *Crit Care Med*. 2005; 33(9):1922-1927.
 127. Rubenfeld GD, Angus DC, Pinsky MR, Curtis JR, Connors AF, Jr., Bernard GR. Outcomes research in critical care: results of the American Thoracic Society Critical Care Assembly Workshop on Outcomes Research. The Members of the Outcomes Research Workshop. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999; 160(1):358-367.
 128. Gavrin JR. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007; 35(2 Suppl):S85-S94.
 129. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv*. 1997; 48(11):1415-1419.
 130. Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hosp Community Psychiatry*. 1992; 43(2):132-136.
 131. Chow GV, Czarny MJ, Hughes MT, Carrese JA. CURVES: a mnemonic for determining medical decision-making capacity and providing emergency treatment in the acute setting. *Chest*. 2010; 137(2):421-427.
 132. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. Tradução de Eliane Lisboa. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.