

Rachel Duarte Moritz¹, Fernando Osni Machado², Maíke Heerdt³, Bruna Rosso³, Guilherme Beduschi³

Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer

Evaluation of medical decisions at the end-of-life process

1. Doutora, Supervisora do Programa de Residência Médica em Medicina Intensiva do Hospital Universitário (HU) e Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis (SC), Brasil.
2. Doutor, Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis (SC), Brasil.
3. Acadêmico de Medicina (2008) da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis (SC), Brasil.

Recebido da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis (SC), Brasil.

Submetido em 14 de Julho de 2008
Aceito em 12 de Maio de 2009

Autor para correspondência:

Rachel Duarte Moritz
Rua João Paulo 1929 - Bairro João Paulo
CEP: 88030-300 – Florianópolis (SC), Brasil.
E-mail: rachel@hu.ufsc.br

RESUMO

Objetivos: Avaliar as condutas médicas adotadas durante o morrer de pacientes que foram a óbito no HU/UFSC. Comparar essas condutas e o perfil epidemiológico dos que morreram na unidade de terapia intensiva (UTI) com o dos que morreram nas enfermarias de clínica médica (ECM) ou cirúrgicas (ECC).

Métodos: Estudo retrospectivo e observacional, onde foram anotados os dados demográficos, clínicos e terapêuticos dos pacientes adultos que morreram nas enfermarias e na unidade de terapia intensiva do HU/UFSC, no período de julho/2004 a dezembro/2008. Para análise estatística foram utilizados os testes: *t Student*, χ^2 e ANOVA (significante $p < 0,05$).

Resultados: Foram analisadas 1124 mortes: 404 ocorreram na UTI, 607 na ECM e 113 na ECC. A taxa de mortalidade hospitalar foi 5,9% (UTI=24,5%, ECM=7,2%, ECC=1,69%). A idade média dos doentes foi: UTI=56,7, ECM=69,3 e ECC=70,4 anos ($p < 0,01$). A recusa/suspensão de terapêutica precedeu 30,7%

dos óbitos na unidade de terapia intensiva e 10,0% nas enfermarias ($p < 0,01$). Não houve reanimação cardiorrespiratória em 65% dos casos na UTI, 79% na ECM e 62% na ECC. Excluindo-se reanimação cardiorrespiratória, a recusa/suspensão de terapêutica mais freqüente na unidade de terapia intensiva foi droga vasoativa; já nas enfermarias foi a não internação na unidade de terapia intensiva. Ordem de não reanimar foi documentada em 2,4% dos casos na UTI e em 2,6% na ECM. Condutas paliativas e de conforto foram prestadas a 2,0% dos pacientes na UTI, 11,5% na ECM e 8,0% na ECC. A terminalidade da doença foi reconhecida em 40,0% dos casos na UTI, 34,6% na ECM e 16,8% na ECC.

Conclusões: O perfil dos pacientes que morreram e as condutas médicas adotadas durante o processo de morrer foram diferentes nas enfermarias clínicas, cirúrgicas e na unidade de terapia intensiva.

Descritores: Atitude frente à morte; Morte; Cuidados paliativos; Recusa do paciente ao tratamento; Bioética

INTRODUÇÃO

No mundo atual a maioria dos óbitos ocorre nos hospitais e, mais especificamente, nas unidades de terapia intensiva (UTI). É incontestável que a expectativa de vida tem aumentado e que a medicina moderna tem permitido o tratamento e a cura de inúmeras doenças. Entretanto, em muitas ocasiões, a tecnologia tem levado ao prolongamento do morrer. Essa conduta caracteriza a obstinação terapêutica, considerada como uma prática médica excessiva, decorrente das possibilidades oferecidas pela tecnociência e da vontade do prolongar da vida a qualquer custo.⁽¹⁾ Na tentativa de evitar a obstinação terapêutica, os médicos que trabalham em UTI são confrontados com o dilema

da manutenção ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis. Entretanto, os profissionais da área da saúde que trabalham em outras unidades hospitalares vivem realidades diferentes. Frequentemente têm dificuldade em aceitar a terminalidade de seus pacientes⁽²⁾ e, em muitas ocasiões, solicitam a internação na UTI de pacientes com doença terminal. Essa realidade tem gerado uma necessidade crescente de que haja a aceitação da finitude do ser humano, da limitação terapêutica curativa e da promoção dos cuidados paliativos aos pacientes portadores de doenças terminais.

Torna-se necessário o conhecimento do tratamento prestado àquele que está morrendo e o fortalecimento do debate sobre a humanização do processo de morrer, atitude que poderá diminuir o desgaste emocional e o custo financeiro gerados pela manutenção de um tratamento fútil.⁽³⁻⁶⁾

Este estudo se propõe a avaliar as condutas médicas adotadas durante o morrer de pacientes que foram a óbito no HU/UFSC e comparar essas condutas e o perfil epidemiológico dos que morreram na UTI com o dos que morreram nas enfermarias clínica médica (ECM) e cirúrgica (ECC).

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, observacional, descritivo e analítico realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), após a aprovação da comissão de ética da instituição. O hospital possui 176 leitos nas enfermarias clínicas e cirúrgicas e 7 leitos na UTI. É considerado de alta complexidade, sendo referência para cirurgia geral e cirurgia do aparelho digestivo. Não existe no HU/UFSC serviço de neurocirurgia ou de cirurgia cardíaca, portanto os pacientes que necessitam desses serviços são encaminhados para outros hospitais. O programa de residência médica desse hospital é amplo, tanto nas áreas cirúrgicas quanto clínicas. A residência de medicina intensiva existe desde 2002.

Foram avaliados os dados anotados pelos membros da Comissão de Óbito Hospitalar (COH), dos pacientes com idade superior a 14 anos, que morreram durante a internação, no período de julho de 2004 a dezembro de 2008. Foram excluídos os pacientes em que o local de óbito foi o setor de emergência ou de obstetrícia.

Os dados anotados constavam nas fichas de investigação de óbitos hospitalares, elaboradas pelos membros da COH, que autorizaram a utilização das mesmas. Essa comissão é constituída por 5 médicos: 1 pediatra, 1 toxicologista, 1 cirurgião e 2 intensivistas, que consultam mensalmente as estatísticas do sistema de informática do

HU/UFSC e solicitam os prontuários dos pacientes que morreram na instituição, registrando as informações em uma ficha de investigação. Esses profissionais foram treinados para que houvesse uniformidade na interpretação dos dados, e se reúnem mensalmente para a discussão dos casos.

Foi calculada a taxa de mortalidade global, considerada como a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes que chegaram vivos e o número de pacientes que receberam alta do hospital.⁽⁷⁾ Foram computados os dados referentes às características clínicas e demográficas dos pacientes, como: idade, sexo, tempo de internação no hospital, admissão e tempo de internação na UTI, diagnóstico primário, mês, hora e local do óbito. As informações pertinentes à tomada de decisões e aos cuidados no fim da vida foram colhidas através do relatório dos médicos integrantes da COH. A terminalidade da doença foi definida quando existiam anotações como: “prognóstico reservado/ruim”, “mau prognóstico”, “informação aos familiares sobre a irreversibilidade do quadro do doente”, “doente/estágio terminal”, “quadro grave refratário à terapêutica”, ou quando havia evidência da recusa e/ou suspensão de terapêutica (RST). A presença de um plano de conforto foi determinada pela avaliação de anotações que apontassem: “tratamento paliativo”, “cuidados de suporte e de conforto”, etc. No que concerne ao tratamento durante o processo do morrer foi avaliado se a morte foi precedida de manobras de reanimação cardiopulmonar (RCR) e se existia a ordem de não reanimar (NR). Foi também anotado se houve ou não a recusa ou suspensão de terapêutica tais como: drogas vasoativas (DVA), ventilação mecânica, métodos dialíticos, antibióticos, transfusão de sangue ou hemoderivados, nutrição e internação na UTI.

As variáveis foram analisadas através dos testes qui-quadrado (χ^2), *t de student* e ANOVA/Bonferroni, sendo considerado significativo valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

No período de julho de 2004 a dezembro de 2008 internaram 21.739 pacientes adultos nas enfermarias e na UTI do HU-UFSC. Desses 10.451 foram admitidos nas unidades de internação clínicas, 9.569 nas unidades cirúrgicas e 1.719 na UTI.

Nesse período foram a óbito nas unidades avaliadas 1294 doentes. A taxa de mortalidade global no hospital foi de 5,9%. Essa taxa foi de 1,69% nas ECC, 7,2% nas ECM e 24,5% na UTI. Houve uma perda de 13% dos dados, sendo analisadas 1126 fichas.

As características demográficas dos pacientes incluídos no estudo estão descritas na tabela 1. A análise estatística permitiu a identificação de que, na UTI, houve prevalência do sexo masculino e de pacientes mais jovens ($p < 0,001$).

Na tabela 2 são apontados os cuidados prestados aos pacientes no final das suas vidas, nas diferentes unidades hospitalares. Constatou-se que houve diferença significativa no que concerne a maior frequência, na UTI, da

RST. Essa diferença foi também observada quanto a não RCR na ECM e ao não reconhecimento da terminalidade da vida na ECC.

As características clínicas e demográficas dos pacientes que morreram na UTI, com ou sem tratamento pleno estão apresentadas na tabela 3. Constatou-se que, em 30,7% dos casos houve RST. Desses casos, a administração de DVA foi a terapêutica mais frequentemente recusada ou suspensa ($n=60$). Em 11 pacientes foi re-

Tabela 1 - Características demográficas dos pacientes que morreram nas diferentes unidades do Hospital

Variáveis demográficas	Local de Internação			Valor de p
	Unidade de terapia intensiva (N=440)	Unidade de clínica médica (N=607)	Unidade de clínica cirúrgica (N=113)	
Sexo				
Masculino	250 (61,6)	330 (54)	55 (49)	p<0,01
Feminino	156 (38,4)	277 (46)	58 (51)	
Idade (anos)	56,7 ± 17,9	69,3 ± 16,4	70,4 ± 16,0	p<0,01
Internação antes do óbito (dias)	8,7 + 11,5	11,4 + 12,0	10,0 + 11,0	NS

NS – não significante. Resultados apresentados em N (%) ou média ± desvio padrão. Chi quadrado ou ANOVA.

Tabela 2 – Condutas tomadas durante o processo de morrer, nos diferentes setores do hospital

Condutas durante o processo de morrer	Unidade de terapia intensiva (N=404)	Unidade de clínica médica (N= 607)	Unidade de clínica cirúrgica (N=113)	Valor de p
Recusa/suspensão de terapêutica	124 (30,6)	63 (10,3)	11 (9,7)	<0,01
Sem manobras de reanimação cardiopulmonar	262 (64,8)	480 (79,0)	70 (61,9)	<0,01
Ordem de não reanimar	10 (2,47)	16 (2,6)	0	NS
Reconhecimento da terminalidade de vida	163 (40,3)	210 (35,6)	19 (16,8)	<0,01
Cuidados paliativos	8 (1,9)	70 (11,5)	9 (7,9)	<0,01

NS – não significante. Resultados apresentados em N (%). Chi quadrado.

Tabela 3 - Características clínicas e demográficas dos pacientes que morreram na unidade de terapia intensiva, com ou sem tratamento pleno

Variáveis	Pacientes sem terapêutica plena (N=124)	Pacientes com terapêutica plena (N=280)	Valor de p
Gênero			
Masculino	75 (60,4)	173 (61,8)	NS
Feminino	49 (39,6)	107 (38,2)	
Idade (anos)	61 (± 16,80)	55 (± 18,05)	<0,01
APACHE II	28 (± 8,63)	29 (± 10,0)	NS
Tempo internação na UTI (dias)	10 (± 12,83)	5 (± 6,96)	<0,01
Diagnóstico de admissão			
Doença aguda (sepse, IAM, IRpA)	30 (24,1)	56 (20,0)	NS
Doença crônica (DPOC, hepatopata)	60 (48,4)	73 (26,0)	<0,01
SIDA ou neoplasia	24 (19,3)	15 (5,4)	<0,01
Outras	10 (8,0)	136 (48,6)	<0,01

APACHE – *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation*; UTI – unidade de terapia intensiva; IAM – infarto agudo do miocárdio; IRpA – insuficiência respiratória aguda; DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica; SIDA – síndrome da imunodeficiência adquirida; NS – não significante. Resultados apresentados em N (%) ou média ± desvio padrão. Chi quadrado ou ANOVA.

tirada toda a medicação sendo mantida sedoanalgesia e ventilação mecânica. A fração inspirada de oxigênio foi diminuída para 21% em 11 doentes. As outras terapêuticas recusadas ou suspensas foram: métodos dialíticos (24 casos), não otimização do tratamento (8 casos), antibióticos (8 casos) e nutrição parenteral total (1 caso). Quanto ao diagnóstico de admissão, a RST foi mais comum nos pacientes cujos diagnósticos apontados foram doenças crônicas, síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) ou neoplasia ($p < 0,001$).

Vinte e sete pacientes receberam alta da UTI antes do óbito. Esses pacientes foram considerados vítimas de doença terminal e foram encaminhados para as enfermarias por não se beneficiarem com o tratamento intensivo havendo o objetivo da promoção de maior conforto. Quatro desses enfermos morreram nas ECC e 23 nas ECM.

DISCUSSÃO

A constatação de que a morte no século XXI ocorre principalmente nos ambientes hospitalares, e mais especificamente nas UTI,^(3,8,9) tornou imprescindível que os profissionais dessas instituições aprendam a conviver e a tratar do indivíduo durante o processo do morrer.

A expectativa de vida da população brasileira tende a aumentar,^(10,11) não podendo ser esquecido que o diagnóstico da patologia de base e a idade do paciente constituem os mais importantes preditores do risco de morte.⁽¹²⁾ Nos hospitais, os pacientes que morrem nas enfermarias são historicamente mais idosos do que aqueles que morrem nas UTI.^(4,13-15) No mundo atual as doenças crônicas são responsáveis pela maioria das mortes,^(16,17-21) sendo mais comum a aceitação da limitação terapêutica em pacientes com doença neoplásica.⁽²²⁾ Resultados semelhantes foram apontados neste trabalho, onde constatou-se que, mesmo na UTI, onde idealmente são internados os doentes com potencial de recuperação, 42,6% das internações que resultaram em óbito, foram de pacientes com doenças crônicas, tais como neoplasias, hepatopatia, SIDA e doença pulmonar obstrutiva crônica. Nesses pacientes foi mais comum RST.

A promoção de cuidados aos pacientes com doença terminal, fora de possibilidades terapêuticas curativas, depende primordialmente da aceitação da finitude do ser humano e do reconhecimento da incapacidade médica de “curar sempre”. A partir desse fato, torna-se importante a disponibilização de planos terapêuticos paliativistas, dos quais sempre deverá ser priorizado o controle da dor e do desconforto do paciente e a promoção do seu bem estar. Salienta-se que a suspensão de terapêuticas fúteis,

que somente prolongarão o processo do morrer, faz parte do enfoque paliativista do tratamento.^(19,20) Neste estudo constatou-se que a RST, excetuando a não RCR, foi mais comum nos pacientes críticos, destacando-se que a sedação e analgesia foram mantidas em todos esses doentes. Essas são consideradas ações paliativas no final da vida.

Trabalhos revisados mostram que os profissionais da saúde são capazes de reconhecer sintomas associados com a iminência da morte, na maioria dos pacientes. No entanto, frequentemente falham em abordar o tema com os doentes, negligenciando-lhes a prescrição para o alívio dos sintomas.^(9,20) Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo. Torna-se importante comentar que muitos médicos não otimizam os cuidados paliativos, principalmente no que concerne ao controle da dor, pelo medo do possível efeito colateral dos fármacos sedoanalgésicos. Em muitas ocasiões a prescrição de opióides é evitada pelo medo da dependência química ou da depressão respiratória. Deve-se considerar que o médico prescreve essa medicação com a finalidade da promoção da analgesia e que todos os fármacos possuem efeitos colaterais, muitas vezes difíceis de serem comensurados. Portanto, a responsabilidade médica é com a intenção e não com os resultados do tratamento.⁽²¹⁾

Neste trabalho constatou-se que em muitas ocasiões os médicos descreveram no prontuário “prognóstico reservado, familiares cientes”, no intuito de inferir que esses pacientes eram vítimas de doenças terminais e que não deveriam ser reanimados caso viessem a sofrer parada cardiorrespiratória. Em contrapartida constatou-se que manobras de RCR foram efetuadas na minoria dos doentes (32%). É interessante apontar que os pacientes que morreram nas enfermarias receberam toda a medicação disponível, embora não tenha sido cogitada a sua internação na UTI, o que indiretamente mostra o reconhecimento dos seus médicos assistentes sobre a terminalidade das suas doenças. Entretanto, esse fato não foi adequadamente informado no prontuário dos pacientes, o que sugere que os médicos tenham tido receio da repercussão ético-legal dessas condutas. Cabe salientar que todo e qualquer ato médico deve ser apontado no prontuário e que a não maleficência é um dos princípios fundamentais da bioética. Ao limitar tratamento fútil e fornecer cuidados paliativos o médico estará, sem sombra de dúvidas, seguindo esse princípio.⁽²¹⁻²³⁾ Relembra-se a importância de que haja um plano terapêutico de conforto para aquele que está morrendo e para seus entes queridos.^(21,24-26)

Um estudo de âmbito nacional constatou que a maioria dos médicos intensivistas já havia participado de discussões sobre RST.⁽²⁷⁾ O estudo ETHICUS⁽²⁸⁾ apontou

que a conduta de limitação ou suspensão de tratamentos ocorreu em 76% dos óbitos em UTI da Europa, chegando a mais de 80% dos óbitos nos Estados Unidos. Destaca-se que, neste estudo, desconsiderando a não RCR, a conduta mais frequentemente recusada aos pacientes internados nas enfermarias foi a internação na UTI. Salienta-se que os pacientes que tiveram a admissão recusada na UTI, e aqueles que morreram nas enfermarias, após alta dessa unidade eram pacientes vítimas de patologias consideradas irreversíveis. Pode-se inferir que esses pacientes tenham sido encaminhados à enfermaria para que pudessem estar junto de seus familiares, de uma maneira mais digna, com maior conforto e suporte emocional durante o morrer.

As relações médico-paciente, no Brasil, foram construídas sob um modelo paternalista e conservador.⁽¹⁶⁾ Essas, à semelhança dos países do sul da Europa, são caracterizadas por maior perseverança, menor proporção de limitação e menor frequência de comunicação sobre as decisões com os pacientes e familiares, quando comparados a países do norte da Europa.^(26,28) Essa realidade justifica a menor incidência da RST nesta UTI brasileira, em comparação com as européias ou norte-americanas. Associa-se o fato de que as medidas de limitação terapêutica ainda não estão integralmente incorporadas na prática médica, por constrangimentos legais impostos pelo Código Penal Brasileiro, que data da década de 40, época em que as UTI nem sequer existiam.⁽²⁹⁾ É provável que, em função dessa lacuna na legislação e de questões culturais, médicos brasileiros prefiram aplicar ordens verbais e informais de não reanimar.⁽³⁰⁾ No entanto, Deheinzelin⁽¹⁸⁾ afirma que a ordem verbal de não reanimar pode conflitar com os princípios da Bioética, no que diz respeito à autonomia do paciente. Esses princípios definem que todo ser humano tem o direito de ser informado sobre as modalidades terapêuticas disponíveis para a sua situação clínica e sobre o prognóstico de sua enfermidade.⁽³¹⁾

Diante dos resultados encontrados, conclui-se que o perfil dos pacientes que morreram e as condutas médicas adotadas durante o processo de morrer foram diferentes nas enfermarias clínicas, cirúrgicas e na UTI.

Aponta-se como principal limitação deste trabalho o fato de tratar-se de um estudo retrospectivo onde a inferência em relação às condutas tomadas dependeu da qualidade da informação registrada nas fichas da COH e da interpretação subjetiva dos profissionais que analisaram os prontuários.

Quanto às implicações deste estudo para a prática clínica e pesquisa científica, o conhecimento do perfil dos pacientes que morrem nos hospitais, dos diagnósticos pri-

mários à admissão e da qualidade dos cuidados prestados aos mesmos, poderá incentivar a organização de um modelo de assistência adequado aos indivíduos com doenças avançadas e terminais em todos os níveis de atenção.⁽³²⁻³⁷⁾

Os autores sugerem que seja estimulado o ensino sobre cuidados paliativos, que sejam realizadas pesquisas sobre os vários aspectos que envolvem os cuidados no fim da vida e que sejam implantados nas UTIs programas de otimização dos cuidados no fim de vida.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes que morreram e as condutas médicas adotadas durante o processo de morrer foram diferentes nas enfermarias clínicas, cirúrgicas e na unidade de terapia intensiva

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the medical decisions at end-of-life of patients admitted at HU/UFSC and to compare these decisions and the profile of patients who died in the intensive care unit (ICU) to those who died in medical (MW) and surgical wards (SW).

Methods: This is a retrospective and observational study. Demographic data, clinical features, treatment and the end-of-life care decisions of adult patients who died in wards and the intensive care unit of HU/UFSC from July/2004 to December/2008 were analyzed. For statistical analysis the Student's *t*, χ^2 and ANOVA tests were used: (significance $p < 0.05$).

Results: An analysis was made of 1124 deaths: 404 occurred in ICU, 607 in MW and 113 in SW. The overall hospital mortality rate was 5.9% (ICU=24.49%, MW=7.2%, SW=1.69%). Mean ages of patients were: ICU=56.7, MW=69.3 and SW=70.4 years ($p < 0.01$). Withholding/withdrawing life support was performed prior to 30.7% of deaths in the intensive care unit and 10% in the wards ($p < 0.01$). Cardiopulmonary resuscitation was not carried out in 65% of cases in ICU, 79% in MW and 62% in SW. Besides cardiopulmonary resuscitation, the more frequent withholding/withdrawing life support in the intensive care unit were vasoactive drugs and in the wards refusal of admission to intensive care unit. Do-not-resuscitate order was documented in 2.4% of cases in ICU and 2.6% in MW. Palliative and comfort care were provided to 2% of patients in ICU, 11.5% in MW and 8% in SW. Terminality of the disease was recognized in 40% of cases in ICU, 34.6% in MW and 16.8% in SW.

Conclusions: The profile of patients who died and medical decisions during the end-of-life process were different in the intensive care unit, clinical and surgical wards.

Keywords: Attitude to death; Dead; Hospice care; Treatment refusal; Bioethics

REFERENCES

1. Moritz RD. Dilemas éticos sobre o fim da vida. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2003; 15(1):3-4.
2. Moritz RD, Nassar SM. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2004;16(1):14-21.
3. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2006;22(8):1755-60.
4. Ahmad S, O'Mahony MS. Where older people die: a retrospective population-based study. *QJM*. 2005;98(12):865-70.
5. Soares M, Terzi RG, Piva JP. End-of-life care in Brazil. *Intensive Care Med*. 2007;33(6):1014-7.
6. Hall RI, Rocker GM. End-of-life care in the ICU: treatments provided when life support was or was not withdrawn. *Chest*. 2000;118(5):1424-30. Comment in: *Chest*. 2000;118(5):1238-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. Série A, normas e manuais técnicos, 2a ed Revista. Brasília: MS, 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Fins JJ, Miller FG, Acres CA, Bacchetta MD, Huzzard LL, Rapkin BD. End-of-life decision-making in the hospital: current practice and future prospects. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(1):6-15.
9. Becker G, Sarhatlic R, Olschewski M, Xander C, Momm F, Blum HE. End-of-life care in hospital: current practice and potentials for improvement. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(6):711-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. Datasus [Internet] (Nascidos vivos e mortalidade). [atualizada em 2008 Maio 08, citado 2008 Maio 8]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/>.
11. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):795-811.
12. Martins M, Travassos C, Noronha JC. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 2001;35(2):185-92.
13. Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, Miccinesi G, Laquintana D; End-of-Life Observatory Group. How people die in hospital general wards: a descriptive study. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(1):33-40.
14. Rady MY, Johnson DJ. Admission to intensive care unit at the end-of-life: is it an informed decision? *Palliat Med*. 2004;18(8):705-11.
15. Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2003;15(1):40-4.
16. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 2006;40(6):1049-56.
17. Carson SS, Bach PB. Predicting mortality in patients suffering from prolonged critical illness: an assessment of four severity-of-illness measures. *Chest*. 2001;120(3):928-33.
18. Deheinzelin D. Limitação e suspensão de tratamento: é hora de agir. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2006;52(6):378.
19. Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition--key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med*. 2008;22(3):222-32.
20. Twomey F, McDowell DK, Corcoran GD. End-of-life care for older patients dying in an acute general hospital--can we do better? *Age Ageing*. 2007;36(4):462-4. Comment in: *Age Ageing*. 2007;36(6):704; author reply 704-5.
21. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o Direito Penal Brasileiro. *Bioética*. 2008;16(1):61-83.
22. Van den Block L, Bilsen J, Deschepper R, Van der Kelen G, Bernheim JL, Deliens L. End-of-life decisions among cancer patients compared with noncancer patients in Flanders, Belgium. *J Clin Oncol*. 2006;24(18):2842-8.
23. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal [Internet]. [atualizada em 2008 Maio 02, citado 2008 Maio 2]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v1/consideracoes.html>
24. Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev Bioética*, 2008; 16(1):41-50.
25. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC, et al. Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(2):137-43.
26. Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A, Maia P, et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med*. 2008;34(2):271-7. Erratum in: *Intensive Care Med*. 2008;34(2):392-3.
27. Moritz RD, Costa A, Matos JD, Machado FO. O comportamento do médico intensivista brasileiro diante da decisão de recusar ou suspender um tratamento. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2001;13(1):21-8.
28. 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. For the Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2003;290(6):790-7. Comment in: *JAMA*. 2003;290(6):820-2. *JAMA*. 2003;290(22):2938-9; author reply 2939-40. *JAMA*. 2003;290(22):2939; author

- reply 2939-40.
29. Aguiar AMFM. A ortotanásia e a Resolução CFM nº 1.805/2006. Jus Navigandi [Internet]. 2007;11(1468). [citado 2008 Julho 5]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10119>.
 30. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Mélot 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):1970-5.
 31. Jacobs LG, Bonuck K, Burton W, Mulvihill M. Hospital care at the end of life: an institutional assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(3):291-8.
 32. Van den Block L, Deschepper R, Driessens K, Bauwens S, Bilsen J, Bossuyt N, Deliens L. Hospitalisations at the end of life: using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:69.
 33. Willard C, Luker K. Challenges to end of life care in the acute hospital setting. *Palliat Med*. 2006;20(6):611-5.
 34. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2008;148(2):147-59. Comment in: *Ann Intern Med*. 2008;148(2):I42.
 35. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE Jr, Cross JT Jr, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians, Dallas P, Dolan NC, Forciea MA, Halasyamani L, Hopkins RH Jr, Shekelle P. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008;148(2):141-6. Comment in: *Ann Intern Med*. 2008;148(2):I42.
 36. Hegedus K, Zana A, Szabó G. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med*. 2008;22(3):264-9.
 37. 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*. 2009;21(2):141-147