

Sandra Regina Gonzaga Mazutti<sup>1</sup>, Andréia de Fátima Nascimento<sup>2</sup>, Renata Rego Lins Fumis<sup>3</sup>

## Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados

*Limitation to Advanced Life Support in patients admitted to intensive care unit with integrated palliative care*

1. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Paulistano - São Paulo (SP), Brasil.
2. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.
3. Unidade de Terapia Intensiva, Hospital Sírio-Libanês - São Paulo (SP), Brasil.

### RESUMO

**Objetivo:** Estimar a incidência de limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes graves internados em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados.

**Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, no qual foram incluídos os pacientes inseridos no programa de cuidados paliativos da unidade de terapia intensiva do Hospital Paulistano, maiores de 18 anos de idade, no período de 1º de maio de 2011 a 31 de janeiro de 2014. As limitações de Suporte Avançado de Vida analisadas foram: ordem para não ressuscitar, ventilação mecânica, hemodiálise e droga vasoativa. Para as variáveis quantitativas, foram calculadas medidas de tendência central. O teste qui quadrado foi utilizado para comparar características dos pacientes com ou sem limitação de Suporte Avançado de Vida e teste de Wilcoxon, para comparar o tempo de internação após Suporte Avançado de Vida. Para significância

estatística, consideraram-se o intervalo de confiança e  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Foram internados na unidade de terapia intensiva 3.487 pacientes, sendo 342 inseridos no programa de cuidados paliativos. Observou-se que, após entrada no programa de cuidados paliativos, demorou uma mediana de 2 (1 - 4) dias para o óbito na unidade de terapia intensiva e 4 (2 - 11) dias para óbito hospitalar. Boa parte das limitações de Suporte Avançado de Vida (42,7%) aconteceu no primeiro dia de internação. A ressuscitação cardiopulmonar (96,8%) e o suporte ventilatório (73,6%) foram as limitações mais adotadas.

**Conclusão:** Foi relevante a contribuição dos cuidados paliativos integrados à unidade de terapia intensiva para a prática da ortotanásia, ou seja, o não prolongamento da vida de um paciente terminal por meios artificiais.

**Descritores:** Cuidados para prolongar a vida; Cuidado paliativo; Unidades de terapia intensiva

**Conflitos de interesse:** Nenhum.

Submetido em 8 de março de 2016  
Aceito em 5 de maio de 2016

### Autor correspondente:

Renata Rego Lins Fumis  
Unidade de Terapia Intensiva do  
Hospital Sírio-Libanês  
Rua Dona Adma Jafet, 91  
CEP: 01308-050 - São Paulo (SP), Brasil  
E-mail: regolins@uol.com.br

**Editor responsável:** Márcio Soares

DOI: 10.5935/0103-507X.20160042

### INTRODUÇÃO

Muitas das admissões em unidade de terapia intensiva (UTI) não justificam o alto nível de tecnologia e recursos humanos nela disponíveis e acabam por manter vivos, por um tempo prolongado, pacientes graves com doença avançada ou em estado terminal, sem ao menos saber quais seriam suas preferências a respeito de seu tratamento.<sup>(1)</sup>

O processo do morrer é frequentemente prolongado, acompanhado de intervenções agressivas, sem que as medidas de conforto sejam estabelecidas.<sup>(2)</sup> Entre os sobreviventes, muitos permanecem em estado crítico crônico, com deficiências funcionais e cognitivas graves, e esse cenário se repete em diversos países.<sup>(3)</sup>

Atualmente, cresce a tendência de privilegiar o morrer com dignidade, ao invés de prolongar inutilmente a vida e o sofrimento de ambos, paciente e família, com tratamentos fúteis.<sup>(4)</sup> Priorizam-se os cuidados paliativos, com o objetivo de dar mais qualidade ao tempo de vida, com medidas que promovam o conforto físico, emocional, social e espiritual. Por isso, em se tratando de pacientes graves, mesmo para os já internados na UTI, a integração dos cuidados paliativos é de suma importância e traz inúmeros benefícios.<sup>(5-8)</sup>

Leis que regulamentam o direito do paciente de antecipar sua decisão sobre procedimentos assistenciais, ou seja, diretivas antecipadas de vontade foram criadas e reiteradas em países da América de Norte, América do Sul e Europa.<sup>(8-12)</sup>

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1.805/2006, resolveu 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, respaldando, por conseguinte, a decisão médica na escolha pela filosofia dos cuidados paliativos.<sup>(10)</sup> O direito à manifestação dos pacientes foi garantido por meio das diretivas antecipadas de vontade, na resolução 1.955/2012 do Conselho Federal de Medicina.<sup>(11)</sup>

Estudos brasileiros fornecem indícios de que a sociedade brasileira está mudando e tem discutido essa prática.<sup>(13-17)</sup> Moritz et al. demonstraram que a recusa ou a suspensão de tratamentos foi constatada em 32% dos óbitos em UTI de um hospital universitário, e a futilidade da terapia foi considerada como principal motivo em 100% desses casos.<sup>(14)</sup> No estudo de Bitencourt et al., 35,8% dos pacientes que faleceram na UTI tiveram limitação terapêutica associada ao décimo dia de internação na unidade.<sup>(15)</sup> Já em estudo mais recente, Moritz et al. observaram que a terminalidade da doença tinha sido reconhecida em 40,0% dos casos na UTI, sendo que a recusa/suspensão de terapêutica precedeu 30,7% dos óbitos, tendo já percorrido em média 8,7 dias de internação na UTI.<sup>(16)</sup>

Apesar desses estudos, a frequência da limitação de tratamentos de Suporte Avançado de Vida (SAV) ainda é baixa, e o tempo transcorrido na UTI até a ocorrência do óbito ainda é demasiado longo, se comparado com o de outros países.<sup>(18,19)</sup> O Brasil ocupa um dos últimos lugares (38º de 40 países) no *ranking* de qualidade do morrer realizado pela *Economist Intelligence*.<sup>(20)</sup>

Há poucos estudos no Brasil sobre a prática de limitação de tratamento de SAV em pacientes com doença terminal e, sobretudo, em uma UTI com a integração de

cuidados paliativos. Esta pesquisa teve como objetivo estimar a incidência de não iniciar o tratamento de Suporte Avançado de Vida em pacientes graves internados na unidade de terapia intensiva de um hospital privado com cuidados paliativos integrados.

## MÉTODOS

Este estudo de coorte retrospectivo foi realizado a partir de amostra consecutiva de pacientes internados na UTI do Hospital Paulistano, com registro de atendimento em prontuário, maiores de 18 anos de idade, no período de 1º de maio de 2011 a 31 de janeiro de 2014. A fonte de dados foi o banco de dados do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Paulistano. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, número HSL 2014-45.

O Hospital Paulistano é um hospital privado, próprio da rede Amil, cuja UTI tinha 20 leitos privativos, com política de visita aberta das 8h às 20h. Na admissão hospitalar, no termo de consentimento de internação, o paciente já era informado do programa de cuidados paliativos e poderia integrá-lo, caso portasse doença grave avançada, crônica progressiva e com baixo estado funcional. Pacientes e/ou o respectivo familiar eram informados do prognóstico, da evolução e do plano de tratamento, antes de aderirem ao programa.

Para o cálculo da incidência de limitação de SAV, foram considerados os pacientes incluídos no programa de cuidados paliativos antes da introdução do suporte.

Os dados a respeito da limitação de SAV foram coletados pela enfermeira do programa de cuidados paliativos diretamente dos prontuários dos pacientes, preenchidos pela equipe médica. Durante esse tempo de coleta, não era utilizado *checklist* relativo às diretrizes e, assim, a evolução estava de acordo com a redação de cada médico da equipe. Os dados retirados do prontuário foram passados para a “ficha de registro de dados”, exclusiva da equipe de cuidados paliativos, e compilados em uma planilha Excel pela mesma enfermeira da equipe de paliativos.

Foram analisadas as variáveis idade, sexo, diagnóstico de base, sedação, *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS 3), *Karnofsky Performance Status* (KPS) e limitação de SAV, considerando limitação de ventilação mecânica, hemodiálise e droga vasoativa. Para a classificação do desempenho dos pacientes, segundo o KPS, foi utilizado o ponto de corte de 40% (correspondente a um estado de incapacidade, em que o paciente necessita de cuidado e assistência especiais). Para o SAPS 3, foi utilizado o ponto de corte 49 pontos, representando uma maior gravidade, de acordo com a literatura.

## Análise estatística

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão - DP, ou o primeiro -  $p_{25}$  e terceiro -  $p_{75}$  quartis). Foram calculados a incidência de limitação de medidas de SAV e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%).

Para a comparação das características dos pacientes que tiveram ou não limitação das medidas de SAV, foi utilizado o teste qui quadrado. O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparar o tempo de internação na UTI e da internação hospitalar, de acordo com a indicação para a limitação de SAV. Para significância estatística, considerou-se  $p \leq 0,05$ . A análise estatística foi feita com uso do programa Stata® (versão 11.1).

## RESULTADOS

No período da de 1º de maio de 2011 a 31 de janeiro de 2014, 3.487 pacientes foram internados na UTI. As características dos pacientes internados na UTI no período estudado estão descritas na tabela 1.

**Tabela 1** - Características demográficas e clínicas dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva

Características	Resultados N = 3.487
Sexo feminino	1.789 (51,3)
Idade (anos)	62,8 ± 18,7
Diagnósticos clínicos	2.598 (74,5)
Karnofsky Performance Status	64,7 ± 24,4
Simplified Acute Physiology Score 3	43,2 ± 15,2
Tempo de permanência na UTI (dias)	2 (1 - 4)
Tempo de permanência hospitalar (dias)	10 (5 - 19)
Mortalidade na UTI	352 (10,1)
Mortalidade hospitalar	634 (18,2)

UTI - unidade de terapia intensiva. Resultados expressos por número (%), média ± desvio padrão e mediana (25% - 75%).

A duração das internações na UTI variou entre 1 e 58 dias, com mediana de 2 (1 - 4) dias; 112 (3,2%) pacientes permaneceram na UTI por um período  $\geq 15$  dias. O tempo da internação hospitalar variou entre 1 e 418 dias, com mediana de 10 (5 - 19) dias e 304 (8,7%) pacientes permaneceram no hospital por um tempo  $\geq 40$  dias.

Faleceram durante a internação na UTI 352 (10,1%) pacientes, e 634 (18,2%) durante a internação hospitalar

(Tabela 1). Foram inseridos no programa de cuidados paliativos 342 pacientes, ou seja, a incidência foi 9,8% (IC95%: 8,8% - 10,8%). A inserção no programa de cuidados paliativos esteve associada às faixas etárias mais idosas, aos diagnósticos clínicos, à pontuação  $\leq 40\%$  no escore KPS e à pontuação  $\geq 49$  pontos no escore SAPS 3 ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Características demográficas e clínicas dos pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva, segundo inclusão ou não no programa de cuidados paliativos (N = 3.487)

Variáveis	Programa de cuidados paliativos		Valor de p*
	Não (N = 3.145) N (%)	Sim (N = 342) N (%)	
Sexo			0,123
Feminino	1.600 (89,4)	189 (10,6)	
Masculino	1.545 (91,0)	153 (9,0)	
Faixa etária (anos)			< 0,001
Até 39	476 (96,4)	18 (3,6)	
40 - 59	872 (95,7)	39 (4,3)	
60 - 79	1.233 (90,3)	131 (9,7)	
$\geq 80$	574 (78,8)	154 (21,2)	
Tipo de internação			< 0,001
Clínica	2.299 (73,2)	299 (87,4)	
Cirúrgica	842 (26,8)	43 (12,6)	
Karnofsky Performance Status			< 0,001
$\leq 40\%$	337 (55,7)	268 (44,3)	
$> 40\%$	2.808 (97,4)	74 (2,3)	
Simplified Acute Physiology Score 3			< 0,001
$< 49$	2.203 (96,7)	74 (2,3)	
$\geq 49$	942 (77,8)	268 (44,3)	

\* p = teste qui quadrado.

As principais indicações para inserção no programa de cuidados paliativos foram o diagnóstico de câncer (139; 40,6%), seguido de falência orgânica crônica (55; 16,1%).

A indicação da limitação das medidas de SAV aconteceu no intervalo do primeiro dia aos 42 dias após a admissão na UTI, com mediana de 2 (1 - 5) dias; 146 (42,7%) pacientes receberam a indicação da limitação de SAV logo no primeiro dia de internação (Tabela 3). A ressuscitação cardiopulmonar (331; 96,8%) e a indicação para não serem submetidos à ventilação mecânica invasiva, (251; 73,6%) foram as medidas de limitação de SAV mais adotadas. Receberam sedação paliativa (113; 33,0%) pacientes.

Os pacientes inseridos no programa de cuidados paliativos apresentaram duração da internação hospitalar

**Tabela 3** - Limitação das medidas de Suporte Avançado de Vida durante a internação em unidade de terapia intensiva dos pacientes no programa de cuidados paliativos

Variáveis	Resultados N = 342
Tempo para a indicação de limitação de SAV na UTI (dias)	2 (1 - 5)
Limitação de ressuscitação cardiopulmonar	
Sim	331 (96,8)
Limitação de intubação orotraqueal	
Sim	252 (73,6)
Limitação de hemodiálise	
Sim	235 (68,7)
Limitação de drogas vasoativas	
Sim	191 (55,8)
Sedação paliativa	
Sim	113 (33,0)

SAV - Suporte Avançado de Vida; UTI - unidade de terapia intensiva. Resultados expressos por número (%), média  $\pm$  desvio padrão e mediana (25% - 75%).

e duração da internação na UTI mais prolongadas que aqueles que não tiveram essa condição ( $p < 0,001$ ) (Tabela 4). Dentre os 342 inseridos no programa de cuidados paliativos, 115 (33,6%) faleceram durante a internação na UTI, ao passo que, entre os 3.145 pacientes não inseridos no programa, 237 (7,5%) faleceram neste local ( $p < 0,001$ ). Ao longo da internação hospitalar, as taxas de mortalidade dos pacientes dos dois grupos foram respectivamente 73,1% e 18,2% ( $p < 0,001$ ). Foi observado que o tempo percorrido do momento inicial da inserção no programa dos cuidados paliativos até o óbito na UTI teve a mediana de 2 (1 - 4) dias e, para o óbito hospitalar, de 4 (2-11) dias, com diferença significativa para o tempo da alta hospitalar,  $p < 0,001$  para ambos os desfechos (Tabela 5).

**Tabela 4** - Duração da internação em unidade de terapia intensiva e hospitalar, de acordo com a inserção ou não no programa de cuidados paliativos

Variáveis	N	Mediana	P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub>	Valor de p*
Duração da internação hospitalar (dias)				
Programa de cuidados paliativos				
Não	3.145	9	5 - 18	
Sim	342	16	8 - 31	< 0,001
Duração da internação na UTI (dias)				
Programa de cuidados paliativos				
Não	3.145	2	1 - 3	
Sim	342	4	2 - 7	< 0,001

UTI - unidade de terapia intensiva. \* p = teste de Wilcoxon.

**Tabela 5** - Duração da internação em unidade de terapia intensiva e hospitalar dos pacientes inseridos no programa de cuidados paliativos, segundo desfecho da internação (N = 342)

	N	Mediana	P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub>	Valor de p*
Duração da internação hospitalar (dias)				< 0,001
Alta	92	17	10 - 27	
Óbito	250	4	2 - 11	
Duração da internação na UTI (dias)				< 0,001
Alta	227	1	0 - 2	
Óbito	115	2	1 - 4	

UTI - unidade de terapia intensiva. \* p = teste de Wilcoxon.

## DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o cuidado em final de vida com o paciente grave internado em UTI com cuidados paliativos integrados, dando ênfase à não instituição de tratamentos de SAV, como a intubação orotraqueal, a hemodiálise, o uso de drogas vasoativas e a ordem para não ressuscitar, tratamentos que potencialmente prolongam a vida do paciente com prognóstico reservado.

Embora no Brasil a cultura paternalista seja ainda predominante,<sup>(21)</sup> a comunicação de decisões finais faz parte da rotina dos cuidados paliativos integrados na UTI do Hospital Paulistano. As decisões são compartilhadas com todos os familiares e, sempre que possível, têm a participação dos pacientes do programa de paliativos, que decidem sobre as medidas de limitações de SAV.

A comunicação eficaz é um fator imprescindível para o sucesso nesse tipo de tomada de decisão. A conferência com a família deve ser realizada logo no início da primeira semana de internação. A comunicação efetiva com paciente e o familiar, a respeito das opções de tratamento e, preferencialmente, ocorrendo dentro das primeiras 72 horas de admissão na UTI, favorece as decisões.<sup>(22)</sup>

Na UTI estudada, a equipe de cuidados paliativos conversa com a família no início da internação, fato que pode ter influenciado na decisão mais precoce sobre a limitação de tratamento na UTI.

No entanto, não foi possível identificar quantos pacientes participaram efetivamente da discussão com a equipe sobre a limitação, porque, no período em que a pesquisa foi realizada, não havia registro da participação do paciente, embora os familiares participassem de todas as decisões.

De acordo com o presente estudo, a integração dos cuidados paliativos à UTI pode ajudar a diminuir o tempo

para a determinação dos objetivos do tratamento que se alinhem com os desejos e valores do paciente/família. Este estudo revelou que, na maioria dos casos, a tomada de decisão com limitação das medidas de SAV ocorreu no primeiro dia, enquanto que, na literatura, normalmente se observa um tempo mais demorado, variando entre 4 a 7 dias.<sup>(19,23)</sup>

No Brasil, o tempo de permanência na UTI até a ocorrência do óbito é considerado demasiadamente longo quando comparado com estudos internacionais, possivelmente devido à falta de adoção de limites terapêuticos. O tratamento clínico e o tempo de internação na UTI maior que 10 dias são fatores independentes que podem ser mencionados como associados a medidas sugestivas de limitação terapêutica.<sup>(15)</sup>

No presente estudo, foi observado que o tempo do início da entrada no programa de paliativos até o óbito na UTI demorou uma mediana de 2 (1 - 4) dias e, para o óbito hospitalar, uma mediana de 4 (2 - 11) dias, ou seja, muito inferior ao da literatura, que mostra que, após a limitação de SAV, o tempo para o óbito ocorrer foi de 5 (2 - 13) dias na UTI.<sup>(18)</sup>

Sabe-se que alguns fatores estão muito associados às decisões de limitar o SAV, como idade avançada, déficit cognitivo, gravidade, presença prévia de comorbidades e ter qualidade de vida limitada, além dos desejos e das preferências dos pacientes e familiares.<sup>(18,19)</sup>

A maioria dos pacientes com limitação de SAV apresentava idade avançada (superior a 70 anos), baixa pontuação no escore KPS e alto escore no SAPS 3 (> 49 pontos), mediana observada na literatura quando há limitação de SAV.<sup>(18)</sup>

Considerando o envelhecimento populacional, em particular em um país com perfil demográfico como o Brasil e o conseqüente aumento da frequência de doenças crônicas, o tema dos cuidados paliativos deve ser aprofundado, com aplicação nas unidades intensivas.<sup>(24)</sup>

Além desses fatores, os pacientes com câncer avançado e falência orgânica crônica foram os que tiveram indicação de limitação de SAV com maior frequência. Apesar de este estudo ter sido realizado em uma instituição que é referência para tratamento de pacientes oncológicos, o diferencial para que esses pacientes não fossem submetidos a tratamentos fúteis, mesmo com câncer avançado, foi o serviço de cuidados paliativos integrados. Faz parte da rotina da UTI verificar os casos elegíveis para cuidados paliativos e discuti-los com os familiares. Essas decisões são compartilhadas desde o momento de admissão do paciente na UTI.

Recente estudo nacional, realizado em outro grande centro oncológico, porém sem cuidados paliativos na UTI, faz esta ressalva, mostrando que a falta de indicação para os cuidados paliativos está significativamente associada aos tratamentos fúteis na UTI para os pacientes com câncer avançado.<sup>(17)</sup>

A medicina curativa nas UTI tem ajudado a ganhar mais tempo de vida, mas ainda se omite em proporcionar qualidade de vida ao seu término. Por isso, a medicina paliativa é importante, no sentido de tornar a medicina geral mais próxima dos valores e da dignidade humana.<sup>(25)</sup>

Interessante observar que os pacientes que entraram no programa de cuidados paliativos e que tiveram limitação de SAV apresentaram duração da internação hospitalar e da internação na UTI mais prolongadas que aqueles que não tiveram essa condição, maior mortalidade na UTI e durante a internação hospitalar. Sem dúvida, o tempo maior de internação está associado à gravidade e às múltiplas comorbidades que apresentam, porém é de altíssima importância ressaltar que, após as decisões de limitações terapêuticas, a maioria (73,3%) faleceu fora da UTI. Portanto, os cuidados paliativos integrados na UTI podem trazer vários benefícios, como vistos neste trabalho: praticamente 100% dos pacientes que entraram no programa foram poupados de tratamentos sem benefícios e puderam estar mais próximos de seus familiares nos momentos finais, com mais dignidade e com menor tempo até o óbito. O importante é que a integração dos cuidados paliativos se dê mais precocemente, para que esses pacientes possam falecer, se possível, em casa, onde reportam mais qualidade de vida.<sup>(26)</sup> Falecer na UTI ou no hospital, mesmo com cuidados paliativos integrados, ainda é sinal de maior desconforto, dor, ansiedade, e pior qualidade de vida.<sup>(27)</sup>

Compreender expectativas e identificar preferências do paciente e família fazem parte do processo. Trata-se, portanto, de um contexto bastante complexo e que depende, entre outros, de fatores culturais. É interessante observar que há grande variabilidade nas decisões finais, seja para não instituir, seja para retirar o tratamento de SAV, entre os países do mundo, os hospitais, as UTI e os médicos.<sup>(4)</sup>

No presente estudo, foi identificado que a reanimação cardiopulmonar na UTI foi limitada em praticamente 100% dos casos. Este dado vem ao encontro da literatura, que nos mostra ser muito comum ter esta ordem escrita no prontuário, nas evoluções médicas dos pacientes com prognóstico fechado.<sup>(28)</sup>

Os estudiosos da ética argumentam que a ressuscitação cardiopulmonar não deve ser administrada a pacientes

sem chance de se beneficiar.<sup>(29)</sup> Nossos achados estão em concordância com outros estudos nacionais, nos quais a reanimação cardiorrespiratória é a limitação mais frequente na UTI, seguida de droga vasoativa e diálise.<sup>(15,16)</sup>

Vale ressaltar que a limitação do SAV, observada neste estudo com grande frequência, era para casos nos quais os pacientes não tinham sido ainda submetidos à intubação. Um dos limites deste estudo foi não ter computado as retiradas de SAV, mas sabemos que, no Brasil, a extubação é raríssima.<sup>(15)</sup>

A mudança terapêutica para cuidados paliativos possibilitou a oportunidade de morrer no quarto de forma mais humana, ao lado de seus familiares ou até mesmo dentro da UTI, mas de forma digna. Um terço dos pacientes recebeu sedação paliativa, que consiste em um procedimento justificável, do ponto de vista ético legal, e que tem como objetivos: aliviar sintomas intoleráveis e refratários ao tratamento, reduzir o sofrimento, oferecer conforto, e aliviar a angústia intolerável do paciente. É amplamente reconhecida como a abordagem apropriada nos cuidados finais de vida, e esta meta de cuidados não deve ser confundida com eutanásia, cujo objetivo é apressar a morte, mas sim deve trazer conforto e dignidade ao paciente e família.<sup>(30)</sup>

Este estudo teve algumas limitações. Trata-se de um desenho retrospectivo e, portanto, não foi possível realizar

análise comparativa entre os pacientes admitidos na UTI, mas que não entraram no programa dos cuidados paliativos, para saber se receberam limitações de SAV.

Trata-se também de um estudo unicêntrico e com características bem específicas quanto ao atendimento, não sendo possível a generalização dos dados.

Outra limitação foi a falta dos motivos de admissão na UTI, dados importantes para análise. Normalmente, esses pacientes com doença avançada são admitidos com insuficiência respiratória aguda, sepse, insuficiência renal, rebaixamento do nível de consciência, entre outros. De qualquer forma, a admissão clínica foi a mais indicada para as limitações de SAV.

## CONCLUSÃO

A questão abordada no presente estudo disse respeito à prática da ortotanásia, ou seja, o não prolongamento da vida de um paciente terminal por meios artificiais. Ficou evidente a contribuição dos cuidados paliativos integrados, para que essas decisões fossem tomadas na unidade de terapia intensiva. Entretanto, necessitamos de mais estudos multicêntricos, que explorem melhor essas questões e que permitam mostrar a realidade brasileira atual, para afirmar a importância dos cuidados paliativos mais precoces nos cuidados dos pacientes.

## ABSTRACT

**Objective:** To estimate the incidence of limitations to Advanced Life Support in critically ill patients admitted to an intensive care unit with integrated palliative care.

**Methods:** This retrospective cohort study included patients in the palliative care program of the intensive care unit of *Hospital Paulistano* over 18 years of age from May 1, 2011, to January 31, 2014. The limitations to Advanced Life Support that were analyzed included do-not-resuscitate orders, mechanical ventilation, dialysis and vasoactive drugs. Central tendency measures were calculated for quantitative variables. The chi-squared test was used to compare the characteristics of patients with or without limits to Advanced Life Support, and the Wilcoxon test was used to compare length of stay after Advanced Life Support. Confidence intervals reflecting  $p \leq 0.05$  were considered for statistical significance.

**Results:** A total of 3,487 patients were admitted to the intensive care unit, of whom 342 were included in the palliative care program. It was observed that after entering the palliative care program, it took a median of 2 (1 - 4) days for death to occur in the intensive care unit and 4 (2 - 11) days for hospital death to occur. Many of the limitations to Advanced Life Support (42.7%) took place on the first day of hospitalization. Cardiopulmonary resuscitation (96.8%) and ventilatory support (73.6%) were the most adopted limitations.

**Conclusion:** The contribution of palliative care integrated into the intensive care unit was important for the practice of orthothanasia, i.e., the non-extension of the life of a critically ill patient by artificial means.

**Keywords:** Life support care; Palliative care; Intensive care units

## REFERÊNCIAS

1. 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):1591-8. Erratum in *JAMA*. 1996;275(16):1232.
2. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med*. 2010;38(11):2155-60.
3. Nelson JE, Cox CE, Hope AA, Carson SS. Chronic critical illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(4):446-54. Review.
4. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2015;41(9):1572-85.
5. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, Curtis JR, Lustbader DR, Mulkerin C, Puntillo KA, Ray DE, Weissman DE; Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit Care Med*. 2010;38(9):1765-72.
6. Curtis JR. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J*. 2008;32(3):796-803.
7. O'Mahony S, McHenry J, Blank AE, Snow D, Eti Karakas S, Santoro G, et al. Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliat Med*. 2010;24(2):154-65.
8. Kuschner WG, Gruenewald DA, Clum N, Beal A, Ezeji-Okoye SC. Implementation of ICU palliative care guidelines and procedures: a quality improvement initiative following an investigation of alleged euthanasia. *Chest*. 2009;135(1):26-32.
9. Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. *Rev HCPA*. 2012;32(3):358-62.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006, de 9 de novembro de 2006. Dispõe sobre permissão ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Brasília, DF; 2006. [citado 2016 Mar 10]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805\\_2006.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.pdf)
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1995/2012, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF; 2012. [citado 2016 Mar 10]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)
12. Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer MF; EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care*. 2015;5(1):56.
13. 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.
14. 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.
15. Bitencourt AG, Dantas MP, Neves FB, Almeida AM, Melo RM, 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.
16. Moritz RD, Machado FO, Heerd M, Rosso B, Beduschi G. Evaluation of medical decisions at the end-of-life process. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(2):141-7.
17. Cruz VM, Camaliente L, Caruso P. Factors associated with futile end-of-life intensive care in a cancer hospital. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(3):329-34.
18. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F; French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet*. 2001;357(9249):9-14.
19. 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):1123-32.
20. The quality of death. Ranking end-of-life care across the world. *Econ Intellig Unit*. 2010. [cited 2016 Jun 5]. Available from: [http://graphics.eiu.com/upload/QOD\\_main\\_final\\_edition\\_Jul12\\_toprint.pdf](http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf)
21. Soares M. End of life care in Brazil: the long and winding road. *Crit Care*. 2011;15(1):110.
22. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med*. 2001;29(2 Suppl):N26-33.
23. Gristina GR, De Gaudio R, Mazzon D, Curtis JR. End of life care in Italian intensive care units: where are we now? *Minerva Anestesiol*. 2011;77(9):911-20.
24. Fonseca AC, Mendes Junior WV, Fonseca MJ. Palliative care of elderly patients in intensive care units: a systematic review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(2):197-206.
25. Costa Filho RC, Costa JL, Gutierrez FL, Mesquita AF. [How to implement quality in palliative care at intensive care unit]. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(1):88-92. Portuguese.
26. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol*. 2010;28(29):4457-64.
27. Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, Nierman DM, Senzel RS, Manfredi PL, et al. Self reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med*. 2001;29(2):277-82.
28. Mockford C, Fritz Z, George R, Court R, Grove A, Clarke B, et al. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation*. 2015;88:99-113.
29. Rubulotta F, Rubulotta G. Cardiopulmonary resuscitation and ethics. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(4):265-9.
30. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *N Engl J Med*. 2015;373(26):2549-61