

MODOS DE MORRER NA UTI PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

P. R. A. CARVALHO*, T. S. ROCHA, A. E. SANTO, P. LAGO

Trabalho realizado na UTI Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS

RESUMO – OBJETIVO. Determinar a prevalência dos diferentes modos de morrer e identificar limites terapêuticos em pacientes de uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP) de hospital universitário.

MÉTODOS. Estudo retrospectivo, baseado na revisão de prontuários dos pacientes que morreram na UTIP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de 1º julho de 1996 a 30 junho de 1997. Para modo de morrer, adotou-se critérios de: não resposta às medidas de ressuscitação cardiopulmonar (NRRST), morte cerebral (MC), retirada/não-adoção de medidas de suporte de vida (R/NASV) e decisão de não reanimar (DNR). Para causa de morte, adotou-se critério de falências de órgãos.

RESULTADOS. Dos 61 óbitos ocorridos no período, entraram no estudo 44 pacientes, cuja mediana de idade foi 28 meses. Todos tiveram como causa de morte a falência de múltiplos órgãos. Vinte e seis pacientes (59%) eram do grupo I (NRRST e MC),

enquanto 18 (41%) do grupo II (R/NASV e DNR). No grupo II, 83% dos pacientes tinham doença crônica e/ou debilitante ($p = 0,017$; χ^2). Os motivos de admissão mais prevalentes foram necessidade de terapias de suporte (55%), ventilatória e cardiocirculatória, sem diferença estatística entre os grupos. A mediana do tempo de permanência na UTI foi de 5 dias, e no hospital, de 11 dias, sem significância estatística entre os dois grupos.

CONCLUSÕES. Observou-se alta prevalência de modos de morrer R/NASV e DNR nos pacientes de UTIP avaliados, sugerindo condutas de limitação terapêutica para eles. Não se conseguiu avaliar o nível de participação da equipe e da família nesse processo de tomada de decisões.

UNITERMOS: Cuidados intensivos pediátricos. Modos de morrer. Limites terapêuticos. Ética.

INTRODUÇÃO

Nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), a morte é uma realidade muito presente e contra a qual se luta de toda forma. Quando inevitável, a morte muitas vezes é até desejável, pondo fim a uma agonia interminável¹. De acordo com Grenvik, “a UTI se tornou uma câmara de tortura moderna, onde médicos jovens consideram a morte o seu pior inimigo e não percebem que ela pode ser um velho amigo”². Com o progresso da medicina, a adoção de terapias extra-

ordinárias de suporte de vida, no passado nem imagináveis, tem dificultado cada vez mais a definição dos limites terapêuticos nos cuidados intensivos, contrapondo os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência. Atitudes de limitação terapêutica na UTI frente a pacientes sem esperança de vida passaram a ocorrer de acordo com conceitos éticos e morais defensáveis, mas não raras vezes acompanhadas de grandes conflitos bioéticos, entre os integrantes das equipes assistenciais³.

Observa-se que, de acordo com as diferentes crenças e culturas, tanto profissionais da saúde quanto pacientes e familiares assumem posições distintas diante das situações de pacientes com pouca ou nenhuma esperança de vida internados nas UTIs⁴⁻¹¹.

Hoje, nos países mais desenvolvidos, cresce uma tendência a não se adotar a filosofia “da preservação da vida a qualquer custo” em pacientes com doenças ou condições irrecuperáveis, ameaçadoras à vida e causadoras de grande sofrimento. Valoriza-se cada vez mais a qualidade de vida, o respeito à vontade e ao melhor interesse do paciente. Busca-se o “morrer com dignidade”, mais do que prolongar inutilmente a “morte” e o sofrimento do paciente^{5,10-15}.

Vários estudos têm sido realizados em diferentes países na tentativa de avaliar os limites terapêuticos em pacientes criticamente doentes e os seus modos de morrer nas UTIs^{4-9,16-19}. No nosso meio não se identificam estudos sobre o assunto. O presente trabalho teve como objetivo avaliar o modo

*Correspondência:

Av. Encantado, 249 – B. Petrópolis
Cep 90470-420 – Porto Alegre
Fone/fax: 0xx.51.3330-6334
e-mail: carvalho@conex.com.br

de morrer dos pacientes da UTI Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de um ano e identificar os limites terapêuticos nos cuidados intensivos desses pacientes.

MÉTODOS

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um hospital geral, universitário, de nível terciário, cuja UTIP possui 13 leitos e admite pacientes de 1 mês a 16 anos, com doenças clínicas ou cirúrgicas, exceto as situações de trauma, neurocirurgia e cirurgia cardíaca. Tem média anual de 430 admissões, com uma permanência média por paciente de 5 dias e uma taxa de mortalidade global de 12%.

O estudo realizado foi retrospectivo, baseado na revisão dos óbitos ocorridos na UTIP no período de 1º de julho de 1996 a 30 de junho de 1997. Os dados incluíram idade, sexo, escore de PRISM (risco pediátrico de mortalidade) das primeiras 24 horas¹⁹, categorização qualitativa de cuidados intensivos pelo sistema de classificação clínica (CCS)²¹, tempo de permanência na UTIP, diagnóstico da doença de base, motivo de admissão na UTIP, causa da morte e modo de morrer. Foram excluídos do estudo aqueles pacientes cujo prontuário não foi localizado ou aqueles cujo tempo de permanência na UTI foi inferior a 24 horas.

Para definir a causa de morte, foram adotados os critérios baseados no conceito reconhecido de insuficiência ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas^{22,23}. Para definir o modo de morrer, foram adotados critérios já utilizados em estudos semelhantes¹⁵⁻¹⁹ - *não-resposta às medidas de ressuscitação cardiopulmonar (NRRST)*, *morte cerebral (MC)*, *retirada/não-adoção de medidas de suporte de vida (R/NASV)* e *decisão de não reanimar (DNR)*. *Não-resposta às medidas de ressuscitação cardiopulmonar* foi considerada a falta de

resposta às medidas de ressuscitação cardiopulmonar em paciente que tivesse sofrido parada cardiopulmonar (PCR). *Morte cerebral* foi considerada a constatação de morte baseada nos critérios recomendados pela "Task Force" (1987) para a determinação de morte cerebral em crianças²⁴, inclusive com teste confirmatório de fluxo cerebral (cintilografia cerebral), de acordo com protocolo vigente na unidade. *Retirada/não-adoção de medidas de suporte de vida* foi considerada como qualquer terapia ativa ou passiva que viesse a resultar na morte do paciente, excluído o evento terminal PCR. *Decisão de não reanimar* foi considerada a não-adoção de medidas de ressuscitação cardiopulmonar em paciente que tivesse sofrido PCR, mas até então tivesse recebido todo o tratamento intensivo indicado para a sua condição clínica antes daquele evento.

As informações sobre o modo de morrer dos pacientes foram obtidas através da revisão dos registros médicos e das anotações de enfermagem nos prontuários; as condutas da equipe da UTIP que não estavam registradas no prontuário foram inferidas através de discussão dos autores, caso a caso, e baseadas em indícios indiretos presentes no prontuário de cada paciente. Por exemplo, a ausência de registro de manobras de reanimação ou de uso de drogas por ocasião de PCR foi considerada como DNR; a redução ou não instituição de novas drogas vasoativas em situação de insuficiência cardiocirculatória, a não-intubação em situação de evidente insuficiência respiratória ou a não-instalação de método dialítico quando metabolicamente indicado, todos foram interpretados como R/NASV. Assim, a morte de cada paciente avaliado foi classificada em um dos quatro modos de morrer considerados no estudo.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA, e todos os autores envolvidos no estudo assinaram

termo de compromisso para utilização dos dados única e exclusivamente para o fim de divulgação em publicação científica, bem como de salvaguardar e preservar o caráter confidencial das informações obtidas.

RESULTADOS

No período avaliado houve 419 admissões na UTIP com 61 óbitos, o que determinou uma taxa de mortalidade de 14,5%. Dos óbitos identificados, apenas 44 pacientes foram considerados no estudo, uma vez que sete pacientes foram excluídos por terem morrido nas primeiras 24 horas pós-admissão e 10 pacientes não tiveram os prontuários localizados. Entre os pacientes estudados, a idade variou de 1 a 123 meses (média 43,7 m; mediana 28 m). Houve predomínio do sexo masculino (29 vs. 15). O escore de PRISM do primeiro dia pós-admissão foi recuperado em menos de metade dos pacientes estudados, não tendo sido valorizado. Em relação à classificação qualitativa dos cuidados intensivos por ocasião da admissão dos pacientes, a grande maioria dos pacientes (90%) estava incluída na classe IV (CCS).

Os modos de morrer ocorreram conforme distribuição mostrada na tabela 1. Vinte e seis pacientes (59%) tiveram óbito por modos de morrer agrupados em NRRST e MC (grupo I), enquanto 18 pacientes (41%), por modos de morrer agrupados em R/NASV e DNR (grupo II).

Em relação às doenças de base, os pacientes foram agrupados de forma simplificada em portadores de doença aguda e portadores de doença crônica ou de condição clínica subjacente debilitante (tabela 2). Quase dois terços dos pacientes eram portadores da segunda condição, que incluía neoplasias (n=8), síndromes genéticas (n=6), doença neurológica crônica (n=5), doença hepática crônica (n=5) e síndrome da imunodeficiência adquirida (n=4). Nesse

Tabela 1 – Modos de morrer na UTIP

Modos de morrer	n = 44	%
Grupo I (n = 26)		
NRRST	11	25
MC	15	34
Grupo II (n = 18)		
R/NASV	09	20,5
DNR	09	20,5

NRRST - não-resposta às medidas de ressuscitação cardiorrespiratória; MC - morte cerebral; R/NASV - retirada/não-adoção de medidas de suporte de vida; DNR - decisão de não reanimar.

Tabela 2 – Doenças de base vs. modos de morrer

Doenças	Grupo I (n = 26)	Grupo II (n = 18)
# Doenças agudas (n=16)	13	03
# Doenças crônicas e/ou debilitantes (n=28)	13	15

$\chi^2 = 5,69; p = 0,017.$

grupo de pacientes observa-se um significativo predomínio dos modos de morrer agrupados em R/NASV e DNR (grupo II) em relação ao grupo de pacientes com doença aguda ($\chi^2 = 5,69; p = 0,017$). O terço restante era constituído de portadores de condições agudas, exclusivamente infecciosas (meningoencefalites, sepse, infecção respiratória e gastroenterite aguda).

Os motivos de admissão na UTI mais prevalentes foram choque séptico e necessidade de ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda, ambos em 12 pacientes (27,3%). Dos 12 pacientes admitidos por insuficiência respiratória, 9 eram do grupo II (R/NASV e DNR), enquanto daqueles admitidos por coma, todos eram do grupo I (NRRST e MC).

A causa de morte em todos os casos estudados foi a falência de múltiplos órgãos, sendo que 33 (75%) deles tinham três ou mais órgãos comprometidos. A falência respiratória ocorreu em 43 pacientes (97,7%),

a falência cardiovascular em 42 (95,4%), a falência de sistema nervoso em 23 (52,2%), a falência renal em 16 (36,3%), a falência hematológica em 15 (34,1%) e a falência hepática em 11 (25%). Quando avaliadas as falências de órgãos em relação aos modos de morrer, não houve diferenças significativas entre os grupos, exceto para a falência renal que predominou nos pacientes com modos de morrer R/NASV e DNR ($p = 0,027$).

O tempo de internação na UTI até ocorrer o óbito variou de 1 a 43 dias (média 9,7 d; mediana 5 d), enquanto o tempo de internação no hospital variou de 1 a 19 dias (média 20 d; mediana 11 d) na análise de toda a amostra. Não houve diferença entre os dois grupos quanto aos períodos de internação considerados. Quando analisados apenas os óbitos dos pacientes do grupo II, houve diferença estatisticamente significativa para os pacientes do subgrupo DNR, cujo tempo médio de UTI foi o triplo daqueles do subgrupo R/NASV (13,8 vs. 4,6 dias) ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Entre os usuários das UTIs, reconhecidamente existe um grupo de pacientes que se caracteriza por utilizar uma grande quantidade de recursos tecnológicos com evoluções e desfechos persistentemente desanimadores. Hoje, as condutas médicas para pacientes com pouca esperança de vida são cada vez mais analisadas sob a ótica do benefício e do não-sofrimento^{3,5,10-15}.

Ainda que não tenhamos localizado publicações brasileiras sobre modos de morrer de pacientes de UTI, ou sobre limites terapêuticos frente à evolução de pacientes com pouca ou nenhuma esperança de vida, parece ocorrer uma tendência a não estender inutilmente a vida dos mesmos em estados agônicos prolongados.

O presente estudo, embora apresentando as limitações inerentes aos trabalhos retrospectivos baseados em revisão de prontuários, revela uma realidade até então ainda não identificada no nosso país. Os modos de morrer R/NASV e DNR (grupo II) observados em 41% da nossa amostra, com base na interpretação dos autores, e que sugerem condutas com limitação terapêutica, representam uma cifra elevada para o nosso meio, ainda que bem inferior àquelas observadas em estudos de outros países (tabela 3).

A maioria desses estudos apresenta interpretações semelhantes quanto aos modos de morrer na UTI^{4,8,19,25}; alguns outros, utilizam classificações distintas, especialmente no que diz respeito aos limites terapêuticos. O estudo de Balfour-Lynn e Tasker⁷, por exemplo, considera duas situações: a retirada terminal de ventilação mecânica e a limitação de terapia com não-adoção de suporte inotrópico ou ventilatório, e não considera o modo DNR. O estudo de Goh et al⁹ considera também duas situações: a limitação de suporte de vida (não-adoção de medidas de suporte)

Tabela 3 – Comparações da literatura sobre os modos de morrer em UTIs pediátricas

Estudos publicados	R/NASV	DNR	%total óbitos
EUA, 1993, Vernon et al. ¹⁸	32	26	58
Canadá, 1993, Ryan et al. ⁴	34	15	49
EUA, 1994, Levetown et al. ⁵	-	-	38
Holanda, 1996, Gemke et al. ²⁴	48	04	52
Inglaterra, 1996, Balfour-Lynn & Tasker ⁷	65	-	65
França, 1998, Martinot et al. ⁸	27	27	54
Malásia, 1998, Goh et al. ⁹	5	46	51
A presente série	20,5	20,5	41

R/NASV - retirada/não-adoção de medidas de suporte de vida; DNR - decisão de não reanimar.

juntamente com DNR e a retirada de suporte de vida. O estudo multicêntrico de Levetown et al.⁵ considera três níveis de limitação às intervenções médicas: DNR, não-adoção de intervenções e retirada de intervenções, e que são empregadas por ocasião da admissão dos pacientes. Assim, considerando a soma dos modos que sugerem limitação terapêutica na literatura analisada, houve uma variação de 38% a 65%, que possivelmente traduz diferenças culturais e de grupos estudados.

Estudo multicêntrico de Prendergast et al.¹⁵ analisou 6303 mortes de pacientes em 131 UTIs dos EUA, tendo concluído que a decisão de limitar terapias de suporte de vida a pacientes terminais é prática predominante (70%) nas UTIs daquele país.

A identificação do paciente terminal, sem esperança de vida ou com morte inevitável, não é simples e nem envolve um raciocínio lógico. Em geral, ela é permeada por uma avaliação crítica, neutra e isenta de preconceitos, onde se consideram a condição prévia do paciente (doenças agudas ou crônicas prévias e condições debilitantes), a gravidade da apresentação clínica, o grau de comprometimento de órgãos e

sistemas, a capacidade de resposta às opções terapêuticas indicadas e disponíveis, potenciais indicadores prognósticos, entre outros¹.

Por outro lado, a tomada de decisão sobre limitação terapêutica nesses pacientes passa por uma ampla discussão e por um processo de racionalização que deve levar em conta critérios cognitivos da doença, critérios objetivos e subjetivos da homeostase do paciente naquele momento para aquela doença e dentro do contexto familiar e social¹.

A doença de base é apenas um dado do paciente; não pode ser tomada como um marco definitivo para predizer a sua evolução e prognóstico na UTI ou para indicar uma tomada de decisão relacionada aos limites terapêuticos. No nosso estudo, quando se analisa a doença de base dos pacientes que morreram na UTI, observa-se um predomínio de pacientes com doenças crônicas e/ou debilitantes em relação àqueles com doenças agudas (28 vs. 16), onde, da mesma forma, observa-se um predomínio significativo dos modos de morrer R/NASV e DNR ($p = 0,017$). Quanto essa categorização de doença de base poderia

ter contribuído para os modos de morrer dos pacientes não se pôde avaliar, muito embora a análise individual de alguns deles mostre uma permanência prolongada na UTI, bem como um desfecho com falências de mais de quatro órgãos, denotando um grande empenho da equipe assistencial em salvá-los, bem como um suposto sofrimento prolongado desses pacientes. No estudo de Vernon et al.¹⁹, apenas 27% dos pacientes que morreram na UTI se enquadravam na classificação de doenças crônicas e/ou debilitantes. Em vários dos estudos avaliados^{5,7-9} entre 45% e 50% dos pacientes avaliados pertenciam ao grupo daqueles com doenças crônicas e/ou debilitantes.

Estudo do Comitê de Ética da SCCM dos EUA¹², realizado entre profissionais de terapia intensiva, demonstrou que na tomada de decisão em relação aos limites terapêuticos para pacientes terminais, as questões relacionadas à “qualidade de vida” foram as mais importantes para 67% deles, seguidas da “possível não sobrevivência à hospitalização” (61%), “da natureza da doença crônica do paciente” e “da não-reversibilidade da sua doença aguda” (54%). Entre os profissionais que assistem crianças criticamente doentes, “a possível não-sobrevivência à hospitalização” foi o fator mais importante (63%) nessa tomada de decisão. O estudo de Levetown et al.⁵ refere que os limites terapêuticos de pacientes pediátricos em UTI estão muito mais baseados na “expectativa de morte iminente” do que em julgamentos de qualidade de vida, que são muito difíceis de fazer em crianças muito novas. No presente estudo, pelo seu caráter retrospectivo, não foi possível avaliar

quais sentimentos predominaram nas tomadas de decisão da equipe em relação aos pacientes avaliados.

Da mesma forma, a apresentação clínica do paciente na admissão à UTI poderia ser decisiva para prever o seu desfecho. Haja visto que, inúmeros escores de gravidade são utilizados para classificar a gravidade dos pacientes no primeiro dia de UTI, com alguns deles inclusive procurando medir o seu risco de morte, como o PRISM²⁰. No presente estudo não se pôde avaliar adequadamente a gravidade dos pacientes através do PRISM pela falta de dados. Entretanto, de acordo com a classificação dos pacientes na classe IV do CCS²¹, pode-se inferir que a maioria deles foi admitido à UTIP em situação de grande necessidade de suporte de sistemas orgânicos, e portanto, de alta gravidade. Por outro lado, analisando o motivo de admissão à UTI, observou-se que a grande maioria dos pacientes do grupo II foi admitida por necessidade de suporte ventilatório (insuficiência respiratória) ou por necessidade de suporte cardiovascular (83%), diferentemente do estudo de Martinot et al⁸, onde os pacientes foram predominantemente admitidos por falência do sistema nervoso (por encefalopatia hipóxico-isquêmica). Essas diferenças poderiam também estar relacionadas com as características das respectivas UTIs (de ensino, tipos de referência); no caso do presente estudo, trata-se de UTI pública e de ensino, não sendo referência para trauma, neurocirurgia e cirurgia cardíaca.

A falência de múltiplos órgãos é uma síndrome bastante comum nas UTIs e que tem um significado de má evolução e mau prognóstico proporcionalmente

ao número de órgãos comprometidos simultaneamente, associada com uma mortalidade de até 88%^{22,26}. A nossa casuística revelou que a causa de morte de todos os pacientes foi a falência de múltiplos órgãos. Tanto a falência respiratória quanto a falência cardiovascular ocorreram na quase totalidade dos pacientes, enquanto outras falências ocorreram em menor frequência. A incidência de falências orgânicas específicas em crianças ocorre de forma distinta do adulto, sendo que na nossa amostra foi superior às descritas na literatura: 88% para a falência respiratória, 44% para a cardiovascular, 24% para a neurológica e a hematológica e 5% para a renal²⁶. Embora nenhuma combinação específica parece ser responsável por maior taxa de mortalidade, a falência de múltiplos órgãos tem sido a responsável por quase todas as mortes nas UTIPs^{26,27}. Ainda que, em geral, a morte ocorra dentro de sete dias após a instalação da falência de múltiplos órgãos nas UTIs²⁷, no presente estudo não houve dados suficientes para avaliar o tempo de duração das falências até a morte dos pacientes, nem tampouco o quanto esse aspecto poderia ter influenciado nos seus modos de morrer. O fato de a insuficiência renal ter ocorrido mais frequentemente em pacientes do grupo II poderia estar ligada à sua eventual ocorrência tardia no processo seqüencial de falência de múltiplos órgãos em crianças²⁶.

O tempo médio de internação em UTI de 9,7 dias, e no hospital, de 20 dias, foi demasiadamente longo, quando comparado com outros estudos (3 a 4 dias) em relação à UTI^{4,5,7,9,19}. Possivelmente, a falta de políticas para a adoção de limites terapêuticos em pacientes

com pouca ou nenhuma esperança de vida, mesmo num contexto de escassez de recursos, poderia explicar essa grande diferença. Despreparo da equipe para discutir entre si e com a família sobre limites terapêuticos, ou uma relação de confiança entre a equipe e a família ainda não bem estabelecida, ou dificuldades culturais e religiosas na elaboração e aceitação dos limites terapêuticos e da morte^{1,6,9,28,29} poderiam ser outros motivos para justificar períodos de internação tão prolongados na UTI até a ocorrência do óbito.

Por outro lado, os dados levantados não permitiram concluir sobre o tempo decorrido entre uma eventual tomada de decisão em relação aos limites terapêuticos e a ocorrência do óbito. Estudo de Lantos et al.³⁰, que analisa decisões de não reanimar em um hospital pediátrico, refere um tempo médio de permanência no hospital anterior à decisão de não reanimar de 16,9 dias e, após a tomada de decisão, um tempo médio de permanência até o óbito de 2,3 dias.

CONCLUSÕES

Os dados do presente estudo demonstram uma alta prevalência dos modos de morrer R/NASV e DNR na UTI Pediátrica avaliada, sugerindo condutas de limitação terapêutica em pacientes com pouca ou nenhuma esperança de vida. Não se conseguiu avaliar a iniciativa e/ou o nível de participação da equipe e da família dos pacientes nesse processo de tomada de decisão, nem o tempo decorrido entre a decisão e o óbito dos pacientes. Novos estudos com desenhos mais adequados deveriam ser realizados no nosso país para avaliar as questões não respondidas relacionadas à limitação de cuidados intensivos em pacientes críticos com pouca ou nenhuma esperança de vida.

Quando a morte é uma probabilidade

muito próxima, existe concordância de que ela seja tranqüila, sem dor e desconforto para todos os pacientes, sejam crianças ou adultos, na UTI ou fora dela. Nessas circunstâncias, quando se identificam situações em que a adoção de novas terapias não mais trará benefícios para os pacientes, e pelo contrário, somente agregará mais sofrimento a eles, cabe a equipe da UTI abrir um processo de discussão baseado em conceitos éticos e morais, e que inclua todos os elementos da equipe e a família do paciente.

SUMMARY

MODES OF DEATH IN PICU OF A TERTIARY HOSPITAL

BACKGROUND. To determine the prevalence of different modes of death and to identify therapeutic limitations in patients admitted to the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) at a teaching hospital.

METHODS. A retrospective study was carried out. Information was collected from the medical records of patients who died at the PICU of Hospital de Clínicas de Porto Alegre between July 1st, 1996 and June 30th, 1997. Four modes of death were considered: patient not responding to cardiopulmonary resuscitation methods (NRCPR), brain death (BD), withdrawal/withhold life-support measures (W/WLS) and decision not to resuscitate (DNR). For cause of death we employed the criterion of organ failure.

RESULTS. Out of 61 deaths occurred during the period under analysis, 44 patients were included in the study. Patient age median was 28 months. The cause of death for all patients was multiple organ failure. Twenty-six patients (59%) were classified in group I (NRCPR and BD) and 18 (41%) in group II (W/WLS and DNR). Among

patients of group II, 83% had a chronic and/or debilitating disease ($p = 0.017$; χ^2). The prevalent reason for patient admission was the need for organ support (55%), both respiratory and cardiovascular. The median for duration of patient stay at the PICU was 5 days and at the hospital was 11 days. There was no statistically significant difference between the two groups in terms of reason for patient admission or duration of PICU/hospital stay.

CONCLUSIONS. There was a high prevalence of W/WLS and DNR deaths among ICU patients, thus suggesting therapeutic limitation for them. We were unable to evaluate the level of participation by the medical team and by the family in this decision making process. [Rev Ass Med Brasil 2001; 47(4): 325-31]

KEYWORDS: Pediatric intensive care. Mode of death. Therapeutic limitation. Ethics.

REFERÊNCIAS

1. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética* 1993;1:129-38.
2. Grenvik A. "Terminal weaning"; discontinuance of life-support therapy in the terminally ill patient [editorial]. *Crit Care Med* 1983; 11:394-5.
3. Kipper DJ, Piva JP. Dilemas éticos e legais em pacientes criticamente doentes [editorial]. *J Pediatr (Rio de J)* 1998; 74:261-2.
4. Ryan CA, Byrne P, Kuhn S, Tyebkhan J. No resuscitation and withdrawal of therapy in a neonatal and a pediatric intensive care unit in Canada. *J Pediatr* 1993; 123:534-8.
5. Levettown M, Pollack MM, Cuerdon TT, Ruttimann EU, Glover JJ. Limitations and withdrawals of medical intervention in pediatric critical care. *JAMA* 1994; 272:1271-5.
6. Asai A, Fukuhara S, Lo B. Attitudes of Japanese and Japanese-American physicians towards life-sustaining treatment. *Lancet* 1995; 346:356-9.
7. Balfour-Lynn IM, Tasker RC. At the coalface-medical ethics in practice. Futility and death in paediatric medical intensive care. *J Med Ethics* 1996; 22:279-81.

8. Martinot A, Grandbastien B, Leteurtre S, Duhamel A, Leclerc F. No resuscitation orders and withdrawal of therapy in French paediatric intensive care units. Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences. *Acta Paediatr* 1998; 87:769-73.
9. Goh AYT, Lum LCS, Chan PWK, Bakar F, Chong BO. Withdrawal and limitation of life support in paediatric intensive care. *Arch Dis Child* 1999; 80:424-8.
10. Procianny RS, Carvalho PRA, Piva JP, Garcia PCR. Decisões sobre a criança em UTI a participação da família. *J Pediatr (Rio de J)* 1995; 71:6-10.
11. Núcleo Interinstitucional de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em URL: Erro! Indicador não definido..
12. SCCM Ethics Committee: attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life - sustaining treatments. *Crit Care Med* 1992; 20:320-6.
13. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of forgoing life-sustaining treatment in the critically ill. *Crit Care Med* 1990; 18:1435-8.
14. Nelson LJ, Nelson RM. Ethics and the provision of futile, harmful, or burdensome treatment to children. *Crit Care Med* 1992; 20:427-33.
15. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158:1163-7.
16. Jefferson LS, White BC, Louis PT, Brody BA, King DD, Roberts CE. Use of the natural death act in pediatric patients. *Crit Care Med* 1991; 19:901-5.
17. Koch KA, Rodeffer HD, Wears RL. Changing patterns of terminal care management in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1994; 22:233-43.
18. Kjellstrand CM. Who should decide about your death? *JAMA* 1992; 267:103-4.
19. Vernon DD, Dean JM, Timmons OD, Banner W Jr, Allen-Webb EM. Modes of death in the pediatric intensive care unit: withdrawal and limitation of supportive care. *Crit Care Med* 1993; 21:1798-802.
20. Pollack MM, Ruttimann EU, Getson PR. Pediatric risk of mortality (PRISM) score. *Crit Care Med* 1988; 16:1110-6.
21. Cullen DJ. Results and costs of intensive care. *Anesthesiology* 1977; 47:203-
22. Wilkinson JD, Pollack MM, Ruttimann EU, Glass NL, Yeh TS. Outcome of pediatric patients with multiple organ system failure. *Crit Care Med* 1986; 14:271-4.
23. Proulx F, Boeuf B, Lacroix J. Paediatric multiple organ dysfunction syndrome. *Intensive Care World* 1997; 14:79-82.
24. Task Force for the determination of brain death in children. Guidelines for the determination of brain death in children. *Pediatrics* 1987;80:298-300.

25. Gemke RJB, Van der Wal ME, Van Vught AJ. Limitation of life sustaining therapy in a Dutch tertiary children's hospital [Abstract]. *Intensive Care Med* 1996; 22:S306.
26. Williams GD, Toro-Figueroa LO. Multiple organ system failure: a continuum of multiple organ dysfunction syndrome. In: Levin DL, Morriss FC editors. *Essentials of pediatric intensive care*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1997.p.302-12.
27. Proulx F, Gauthier M, Nadeau D, Lacroix J, Farrel CA. Timing and predictors of death in pediatric patients with multiple organ system failure. *Crit Care Med* 1994; 22:1025-31.
28. Vincent JL. Ethical issues in critical care medicine: United States and european views and differences. *Intensive Care World* 1996; 13:142-4.
29. Asai A, Fukuhara S, Inoshita O, Miura Y, Tanabe N, Kurokawa K. Medical decisions concerning the end of life: a discussion with japanese physicians. *J Med Ethics* 1997; 23:323-7.
30. Lantos JD, Berger AC, Zucker AR. Do-not-resuscitate orders in a childre's hospital. *Crit Care Med* 1993; 21:52-5.

Artigo recebido: 22/01/2001

Aceito para publicação: 07/06/2001
