

Rachel Duarte Moritz¹, Alberto Deicas², Juan Pablo Rossini³, Nilton Brandão da Silva¹, Patrícia Miranda do Lago¹, Fernando Osni Machado¹

Percepção dos profissionais sobre o tratamento no fim da vida, nas unidades de terapia intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai

Perceptions about end of life treatment in Argentina, Brazil and Uruguay intensive care units

1. Médicos Intensivistas, Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB – Brasil.
2. Médico Intensivista, Sociedade Uruguia de Medicina Intensiva – SUMI – Uruguai.
3. Médico Intensivista, Sociedade Argentina de Terapia Intensiva – SATI – Argentina.

Recebido de: Grupo de Trabalho do Fim da Vida do Cone Sul com parceria das Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB – Brasil, Sociedade Argentina de Terapia Intensiva SATI – Argentina e Sociedade Uruguia de Medicina Intensiva – SUMI – Uruguai.

Submetido em 8 de Maio de 2010
Aceito em 14 de Junho de 2010

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

Objetivo: Avaliar as condutas tomadas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com os pacientes críticos terminais.

Métodos: Os membros do grupo de estudo do final da vida das sociedades Argentina, Brasileira e Uruguia de Terapia Intensiva elaboraram um questionário no qual constavam avaliações demográficas sobre os participantes, sobre as instituições em que os mesmos trabalhavam e decisões sobre limite de esforço terapêutico (LET). Neste estudo de corte transversal os membros da equipe multiprofissional das sociedades responderam o questionário durante eventos científicos e, via *on line*. As variáveis foram analisadas através do teste qui-quadrado sendo considerado significativa $p < 0,05$.

Resultados: Participaram do estudo 420 profissionais. No Brasil as UTI tinham mais leitos, foi mais rara a permissão irrestrita de visitas, os profissionais eram mais jovens, trabalhavam a menos tempo na UTI e houve maior participação de não médicos. Três visitas/dia foi o número mais frequente nos três países. Os fatores que mais influíram nas decisões de LET foram prognóstico da doença, co-morbidades e

futilidade terapêutica. Nos três países mais de 90% dos participantes já havia decidido por LET. Reanimação cardiopulmonar, administração de drogas vaso-ativas, métodos dialíticos e nutrição parenteral foram as terapias mais suspensas/recusadas nos três países. Houve diferença significativa quanto à suspensão da ventilação mecânica, mais frequente na Argentina, seguida do Uruguai. Analgesia e sedação foram as terapias menos suspensas nos três países. Definições legais e éticas foram apontadas como as principais barreiras para a tomada de decisão.

Conclusão: Decisões de LET são frequentemente utilizados entre os profissionais que atuam nas UTI dos três países. Existe uma tendência da ação de LET mais pró-ativa na Argentina, e uma maior equidade na distribuição das decisões no Uruguai. Essa diferença parece estar relacionada às diferenças de idade, tempo de experiência, tipo de profissional e gênero dos participantes.

Descritores: Assistência terminal; Doente terminal; Recusa do paciente ao tratamento; Suspensão de tratamento; Futilidade médica; Questionários

INTRODUÇÃO

Hipócrates, ao afirmar que um dos papéis da medicina é “recusar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a medicina torna-se impotente”⁽¹⁾ fez a primeira descrição do limite de esforço terapêutico (LET). Entretanto, no século atual, o envelhecimento da população, associado ao controle das patologias crônico-degenerativas e ao aperfeiçoamento tecnológico tem, cada vez mais, permitido o prolongamento do morrer, o que tem gerado a necessidade do amplo debate sobre as condutas médicas a serem tomadas

no tratamento de pacientes com doença terminal.

Embora exista a idéia de que a morte no lar possa ser menos dolorosa, sete em cada 10 óbitos ocorrem nos hospitais e, mais especificamente, nas unidades de terapia intensiva (UTI).⁽²⁾ Esse fato leva a necessidade de que o médico intensivista seja preparado para aceitar a sua limitação como curador e para saber tratar do paciente crítico com doença terminal. Condutas de LET tem sido uma necessidade no dia a dia do intensivista, o que tem tornado prioritárias ampla discussão e a existência de definições ético-legais a esse respeito.⁽³⁻¹¹⁾ Mudanças têm ocorrido no pensamento hipocrático citado no início deste trabalho. A perspectiva atual é a de que o médico, juntamente com a equipe multiprofissional, ofereça aos seus pacientes vítimas de doenças terminais cuidados paliativos, que possibilitarão a minimização do sofrimento durante o morrer.⁽¹¹⁻¹³⁾

Entretanto, para que haja uma mudança do enfoque terapêutico nas UTIs, existe a necessidade de reajuste de conduta dos profissionais desses setores. O melhor conhecimento das novas situações é o primeiro passo para a mudança de conduta. Tendo em vista o relatado propôs-se esse trabalho que visa diagnosticar e comparar as condutas tomadas no fim da vida nas UTIs dos países do cone-sul (Brasil, Argentina e Uruguai).

MÉTODOS

Estudo de corte transversal realizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) e Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI). Os membros do grupo de estudo do fim da vida dessas sociedades, em reunião presencial, elaboraram um questionário, baseado na experiência dos participantes e em revisão da literatura. Esse questionário visou efetuar o diagnóstico das condutas tomadas durante o morrer nas UTIs dos três países envolvidos. O questionário constituiu-se de duas partes. Na primeira parte, foram anotadas avaliações demográficas sobre os participantes e sobre as instituições em que os mesmos trabalhavam (idade, profissão e titulação, tempo de trabalho na UTI, crença religiosa, categoria de hospital, local da UTI, número de leitos). Na segunda parte houve o questionamento de decisões sobre LET. No questionário estruturado constavam, dependendo das perguntas, respostas objetivas que deveriam ser assinaladas através das opções sim, não ou sempre, quase sempre e nunca. Nessa etapa constavam as perguntas:

- Fatores levados em consideração para decisão de LET, (idade, co-morbidades, qualidade de vida prévia e de vida "pós UTI" do paciente, desejo do paciente e/ou dos seus familiares, escores de gravidade, tempo internação, diagnós-

tico, prognóstico da doença, futilidade terapêutica, aspectos legais);

- Responsabilidade pela decisão da recusa/suspensão de terapia no paciente crítico em situação de terminalidade (paciente, familiares, chefia médica da UTI, plantonista responsável pelo caso, médico assistente, consenso da equipe médica ou multiprofissional, comissão de ética/bioética, consenso da equipe e familiares);

- Terapias consideradas potencialmente fúteis e portanto, possíveis de serem recusadas/suspensas na UTI (ventilação mecânica, sedação, analgesia, métodos dialíticos, drogas vasoativas, antibióticos, nutrição enteral, nutrição parenteral, hidratação venosa, reanimação cardiopulmonar).

- Quem deveria ser comunicado antes da recusa/suspensão da terapia fútil (paciente, familiares, equipe multiprofissional, comissão de ética).

- Quais ações paliativas a serem tomadas diante de um paciente crítico terminal (alta da UTI, aumento visitas, recusa/suspensão terapias fúteis, ajuste da sedoanalgesia, troca da modalidade ventilatória).

- Quais as principais barreiras contra decisões de recusa/suspensão da terapia (religiosas, legais, éticas, falta de treinamento, conflitos interpessoais).

- Quais ações deveriam ser implementadas para a adequação dos cuidados do paciente crítico terminal (folhetos informativos sobre cuidados paliativos no paciente grave, treinamento na graduação e pós-graduação, regulação sobre o tema pelas sociedades de classe, regulação legal sobre o tema, documentação das decisões em prontuário).

O questionário foi respondido durante eventos científicos de UTI dos três países (congressos regionais e/ou nacionais) e também via *on line*, no site das sociedades, durante um tempo préestipulado. Participaram do estudo os membros da equipe multiprofissional pertencentes às sociedades envolvidas. Foram comparadas as respostas entre os membros das sociedades dos três países sendo as variáveis analisadas através dos testes qui-quadrado (χ^2). Foi considerado significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do estudo 420 profissionais, sendo 217 do Brasil, 141 da Argentina e 62 do Uruguai. As características das UTIs onde trabalhavam os intensivistas dos três países estão apresentadas na tabela 1. Na tabela 2 estão demonstradas as características dos participantes do estudo.

A comparação entre os grupos, através do teste χ^2 , permitiu a observação de que existe maior número de UTI com mais de 20 leitos no Brasil. Além disso, o número de visitas aos pacientes críticos permitidas no Brasil é menor que nos demais países.

Tabela 1 – Características das unidades de terapia intensiva nos diferentes países do cone-sul

Características	Brasil N=217	Argentina N=141	Uruguai N=62	Valor de p
Local				
Norte/Nordeste	31 (14,3)	66 (46,8)	11 (17,7)	<0,001
Centro/Oeste	10 (4,6)	37 (26,2)	3 (4,8)	
Sul/Sudeste	176 (81,1)	37 (26,2)	38 (61,3)	
Categoria de hospital				
Ensino	92 (42,4)	87 (61,7)	36 (58,1)	<0,001
Outros	125 (57,6)	54 (38,2)	26 (41,9)	
Tipo de UTI				
Geral/mista	191 (88,0)	132 (93,6)	54 (87,1)	0,3
Outra	26 (11,9)	9 (6,3)	8 (12,9)	
Número de leitos na UTI				
<10	81 (37,3)	68 (48,2)	31 (50,0)	<0,001
10-20	76 (35,0)	61 (43,2)	19 (30,6)	
> 20	60 (27,7)	12 (8,5)	9 (14,5)	
Número visitas permitidas				
1 vez ao dia	63 (29,0)	22 (15,6)	10 (16,1)	0,01
Até 3 vezes ao dia	137 (63,2)	103 (73,1)	43 (79,3)	
Irrestrita	17 (7,8)	18 (12,7)	8 (12,9)	

UTI – unidade de terapia intensiva. Resultados expressos em número (%). Chi-quadrado.

Tabela 2 – Características dos participantes nos diferentes países do cone-sul

Características dos participantes	Brasil N=217	Argentina N=141	Uruguai N=62	Valor de p
Idade				
<35 anos	117 (53,9)	24 (17,1)	14 (22,5)	<0,001
35 a 50 anos	78 (35,9)	88 (62,4)	41 (66,1)	
>50 anos	22 (10,1)	29 (20,5)	7 (11,2)	
Sexo				
Feminino	109 (50,2)	82 (58,1)	20 (32,2)	<0,001
Masculino	108 (49,8)	59 (41,8)	37 (59,7)	
Crença religiosa				
Ateu/Agnóstico	65 (29,9)	40 (28,3)	25 (40,3)	0,5
Crê em Deus	152 (70,0)	101 (71,6)	45 (72,5)	
Profissão				
Médico	143 (65,9)	134 (95,0)	52 (83,8)	<0,001
Outra	74 (34,1)	7 (4,9)	10 (16,1)	
Com título de especialista	135 (62,2)	–	47 (75,8)	0,047
Tempo trabalho UTI				
Até 5 anos	94 (43,3)	0 (0)	15 (24,1)	<0,001
5 a 15 anos	75 (34,6)	81 (57,4)	26 (41,9)	
15 a 30 anos	45 (20,8)	49 (34,7)	18 (29,0)	
Mais de 30 anos	3 (1,4)	11 (7,8)	0 (0)	

UTI – unidade de terapia intensiva. Resultados expressos em número (%). Chi-quadrado.

No que concerne aos aspectos demográficos dos participantes, os brasileiros são significativamente mais jovens e responderam ao questionário mais profissionais não médicos. Houve um maior número de participantes do sexo masculino no Uruguai

e os profissionais da Argentina apresentaram uma média de idade maior. Esses resultados foram significativos.

Na tabela 3 estão apresentados os fatores que influenciaram nas decisões de LET. Pode-se observar que os fatores per-

centualmente mais influentes nas decisões foram o prognóstico da doença do paciente, as suas comorbidades e a futilidade terapêutica. Houve diferença significativa entre as decisões nos três países, havendo uma tendência de que os profissionais argentinos optassem mais por LET. Constatou-se que a equipe médica é a principal responsável pelas decisões de LET, principalmente no Brasil e na Argentina (Tabela 4), havendo no Brasil, mais participação nessas decisões de outros setores da população envolvida. Verificou-se também que,

nos três países, é freqüente a LET (Figura 1), sendo que mais de 90% dos participantes já decidiram alguma vez por LET.

Em relação ao limite terapêutico destaca-se que a reanimação cardiorrespiratória, a administração de drogas vasoativas, os métodos dialíticos e a nutrição parenteral foram as terapias mais frequentemente suspensas ou recusadas nos três países, havendo diferenças pontuais entre os mesmos.

Houve diferença significativa no que concerne a suspensão da ventilação mecânica, mais frequente na Argentina, se-

Tabela 3 – Fatores que influem nas decisões de limite de esforço terapêutico

Fatores que influem sobre as decisões de limite (quase sempre)	Brasil Total = 217	Argentina Total = 141	Uruguai Total = 62	Valor de p
Idade do paciente	132 (60,8)	83 (58,9)	32 (51,6)	NS
Co-morbidades	181 (83,4)	124 (87,9)	41 (66,1)	<0,001
Escores de gravidade	130 (59,9)	70 (49,6)	18 (29,0)	<0,001
Tempo de UTI	114 (52,5)	63 (44,6)	18 (29,0)	<0,001
Diagnóstico	158 (72,8)	112 (79,4)	33 (53,2)	<0,001
Prognóstico	190 (87,6)	132 (93,6)	42 (67,7)	<0,001
Futilidade terapêutica	176 (81,1)	128 (90,7)	40 (64,5)	<0,001
Qualidade vida prévia	176 (81,1)	–	39 (62,9)	0,003
Qualidade vida pós-UTI	160 (73,7)	–	29 (47,6)	<0,001
Aspectos legais	154 (70,9)	85 (60,2)	23 (37,1)	<0,001
Desejo paciente/familiares	164 (75,6)	106 (75,1)	28 (45,1)	<0,001

UTI – unidade de terapia intensiva; NS – não significativo. Resultados expressos em número (%). Chi-quadrado.

Tabela 4 – Responsabilidade pelas decisões de limite de esforço terapêutico

Quase sempre responsável pelas decisões de LET	Brasil (N=217)	Argentina (N=141)	Uruguai (N=62)	Valor de p
Equipe médica	176 (81,1)	117 (82,9)	34 (54,8)	<0,001
Equipe multiprofissional	111 (51,2)	52 (36,9)	13 (20,9)	<0,001
Comitê de ética	45 (20,7)	13 (9,2)	0 (0)	<0,001
Familiares do paciente	105 (48,4)	56 (39,7)	20 (32,2)	<0,001
O paciente	44 (20,3)	13 (9,2)	2 (3,2)	<0,001

LET – limite de esforço terapêutico. Resultados expressos em número (%). Chi-quadrado.

Tabela 5 - Limites terapêuticos quase sempre realizados

Limite de esforço terapêutico quase sempre realizado	Brasil N=217	Argentina N=141	Uruguai N=62	Valor de p
Reanimação cardiorrespiratória	141 (65,0)	121 (85,8)	33 (53,2)	<0,001
Drogas vaso ativas	119 (54,8)	104 (73,8)	35 (56,5)	0,001
Métodos dialíticos	125 (57,6)	98 (69,5)	32 (51,6)	0,022
Nutrição parenteral	111 (51,2)	94 (66,6)	37 (59,6)	0,014
Antibióticos	100 (46,1)	51 (36,1)	33 (53,2)	0,049
Nutrição enteral	109 (50,2)	22 (15,6)	30 (48,0)	<0,001
Ventilação mecânica	41 (18,9)	68 (48,2)	16 (25,8)	<0,001
Hidratação	37 (17,1)	23 (16,3)	1 (1,6)	0,007
Sedação	24 (11,1)	4 (2,8)	1 (1,6)	0,002
Analgesia	11 (5,1)	2 (1,4)	1 (1,6)	0,122

Resultados expressos em número (%). Chi-quadrado.

Tabela 6 – Terapias mantidas ou limites terapêuticos nunca realizados

Terapias mantidas ou limite terapêutico nunca realizado	Brasil N=217	Argentina N=141	Uruguai N=62	Valor de p
Analgesia	171 (78,8)	124 (87,9)	29 (46,7)	<0,001
Sedação	131 (60,4)	105 (74,5)	27 (43,5)	<0,001
Hidratação	91 (41,9)	–	23 (37,1)	0,494
Ventilação mecânica	107 (49,3)	21 (14,8)	11 (17,7)	<0,001
Nutrição enteral	39 (18,0)	8 (5,6)	4 (6,4)	0,001
Antibióticos	43 (19,8)	43 (30,4)	2 (3,2)	<0,001
Nutrição parenteral	43 (19,8)	20 (14,2)	2 (3,2)	0,005
Métodos dialíticos	42 (19,4)	6 (4,2)	1 (1,6)	<0,001
Drogas vaso ativas	41 (18,9)	6 (4,2)	2 (3,2)	<0,001
Reanimação cardiopulmonar	46 (21,3)	8 (5,6)	2 (3,2)	<0,001

Resultados expressos em número (%). Chi-quadrado.

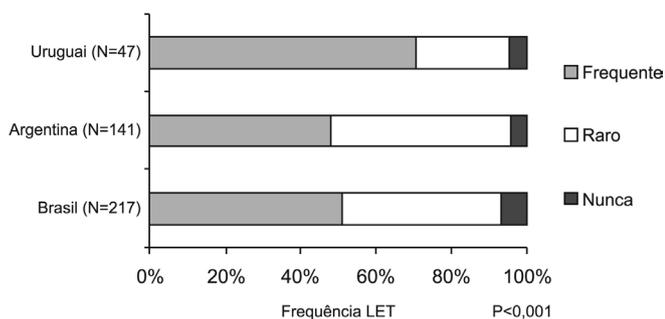
Tabela 7 – Atitudes tomadas após o diagnóstico da terminalidade da doença

Atitudes após o diagnóstico da terminalidade da doença (quase sempre)	Brasil N=217	Argentina N=141	Uruguai N=62	Valor de p
Mudança da sedoanalgesia	194 (89,4)	137 (97,2)	41 (66,1)	<0,001
Limite esforço terapêutico	169 (77,9)	115 (81,5)	28 (45,2)	<0,001
Mudança da ventilação mecânica	106 (48,8)	80 (56,4)	33 (53,2)	0,339
Visitas irrestritas	172 (79,3)	121 (85,8)	39 (62,9)	0,001
Alta da UTI	102 (47,0)	86 (61,0)	20 (32,3)	<0,001

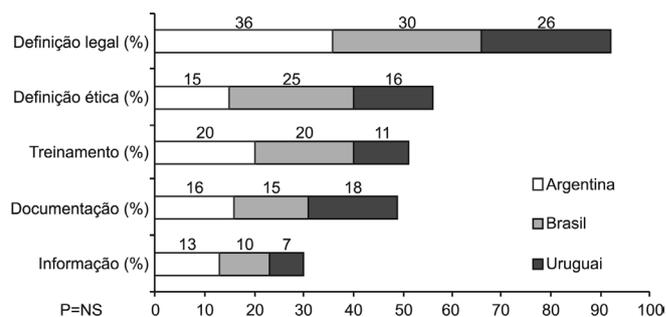
UTI – unidade de terapia intensiva. Resultados expressos em número (%). Chi-quadrado.

guida do Uruguai (Tabela 5). Na tabela 6 são demonstradas as terapias nunca suspensas ou recusadas pelos participantes do estudo. A analgesia e a sedação foram as terapias menos suspensas nos três países e, no Brasil, a ventilação mecânica é menos frequentemente suspensa em comparação aos outros países.

As atitudes dos intensivistas após o diagnóstico da terminalidade da doença pode ser avaliada na tabela 7. Na figura 2 pode ser observado que os intensivistas de forma geral consideram a falta de definição legal como a principal barreira para a tomada de decisão de LET, seguindo-se em importância a falta de definição ética e de treinamento dos envolvidos no processo.



LET – limite de esforço terapêutico. Resultados expressos em número (%). Chi-quadrado.

Figura 1 – Frequência do limite de esforço terapêutico.**Figura 2 – Principais barreiras para a tomada da decisão de limitação terapêutica.**

DISCUSSÃO

A necessidade de um amplo debate, com conseqüente melhor conhecimento dos novos paradigmas da medicina intensiva, tornou-se clara neste trabalho, onde 81% daqueles que responderam ao questionário eram médicos intensivistas do Brasil, Argentina e Uruguai.

Pode-se observar que no Brasil, em comparação com os demais países, a população avaliada era mais jovem, conseqüentemente trabalhava a menos tempo na UTI, e era formada por maior número de profissionais da saúde não médicos. É interessante comentar que, embora nos países analisados haja predominância da religião católica, cerca de 30% dos

profissionais declarou-se como ateu ou agnóstico, sugerindo a hipótese de que aqueles que trabalham em UTI são mais céticos. As características das UTIs onde trabalham os entrevistados apresentaram diferenças relacionadas às especificidades de cada país. No Brasil notou-se menor maleabilidade quanto à permissão de visitas aos pacientes críticos.

A análise sobre as decisões de LE permitiu concluir que o prognóstico da doença, as comorbidades dos pacientes e a futilidade terapêutica foram os principais fatores contribuintes para a recusa ou suspensão de terapias nos três países analisados. É interessante acrescentar que a definição legal, embora tenha sido apontada como a maior barreira para a tomada da decisão de LET, foi colocada como fator influenciador das decisões em sexto lugar pelos profissionais do Brasil e da Argentina e em sétimo pelos do Uruguai.

O médico é formado do ponto de vista ético e técnico para proporcionar o melhor cuidado possível ao seu paciente. Neste estudo, o principal profissional citado como responsável pelas decisões de LET foi o médico. Segundo Nunes⁽¹³⁾ o ético da conduta não se dá ao nível dos comportamentos exteriores, mas ao nível constituinte do agir – isso quer dizer que a ação resulta dos fins estabelecidos pela pessoa para si, pelo que implica a referência à liberdade da ação. Daí resulta no fato do elemento determinante ser a intenção que move para a deliberação e a tomada de decisão. Pode-se deduzir que, embora o médico tenha receio dos aspectos legais, a tomada de decisão é baseada principalmente nos aspectos clínicos do paciente.

Pode-se constatar neste estudo que, embora não exista definição jurídica específica sobre LET, a grande maioria dos profissionais participantes (mais de 90%) já havia decidido por limitar tratamento em algum momento de sua vida profissional. Estudos brasileiros confirmam essa informação.^(2,14,15) É importante acrescentar a existência de respaldo legal na hipótese da restrição de recursos artificiais. Ela não é crime se eles não apresentam benefício efetivo para o enfermo sendo, unicamente, condições de obstinação terapêutica. A indicação ou contra-indicação de medida é decisão médica, que deverá ser discutida com o paciente, quando possível, e com seus familiares, para garantir a dignidade da pessoa humana em final de vida.⁽¹⁶⁾

Há cerca de duas décadas tem se escrito sobre a recusa e suspensão de tratamentos nas UTIs. Com o correr dos anos tem havido uma tendência ao melhor entendimento sobre LET e sobre cuidados paliativos. Entretanto, ainda existem barreiras culturais e legais que dificultam a adequada condução do paciente crítico terminal. Classicamente, as terapias mais reconhecidas como fúteis ou inúteis são as drogas vasoativas e os métodos dialíticos.^(14,15,17-23) Nos últi-

mos anos, tem havido aceitação crescente de que a retirada da ventilação mecânica possa fazer parte de ações paliativas nas UTIs.^(9,24) Tem sido também discutida a importância de adequado treinamento do intensivista para que o mesmo adquira competência na condução do tratamento do paciente crítico terminal. Torna-se primordial a abordagem de medidas proativas que permitam ao paciente uma morte sem dor e desconforto e que seja disponibilizado adequado acompanhamento aos seus familiares.^(12,13,25,26)

Neste trabalho, os tratamentos mais comumente recusados ou suspensos pelos profissionais dos três países foram a reanimação cardiopulmonar, a administração de drogas vasoativas e os métodos dialíticos. Analgesia, sedação e manutenção de hidratação venosa foram os tratamentos mantidos com maior frequência. Houve diferença no que concerne a suspensão da ventilação mecânica, apontada como quase sempre realizada por 48,2% dos profissionais argentinos, 25,8% dos uruguaios e 18,9% dos brasileiros. No que concerne às atitudes tomadas pelos intensivistas após o diagnóstico da terminalidade da doença, a mudança da sedoanalgesia foi a atitude mais prevalente nos três países. Os resultados encontrados parecem indicar que os profissionais da Argentina têm maior segurança ao assumir medidas proativas no tratamento do paciente crítico com doença terminal.

No que concerne às barreiras apontadas pelos pesquisados como limitadoras da decisão de LET, a falta de definição legal foi o principal fator seguido da necessidade de definição ética e do treinamento dos profissionais. Para que haja um adequado tratamento do paciente terminal múltiplos fatores estão envolvidos. A aceitação social da morte e a dificuldade da existência de métodos acurados que possam prever o óbito dificultam a tomada de decisão. A falta de treinamento em cuidados paliativos e a difícil comunicação das “más notícias” são barreiras que necessitam ser ultrapassadas.^(26,27)

Pode-se apontar como principal falha deste estudo as diferenças demográficas (idade, profissão, sexo, experiência) entre os participantes que pode ter contribuído para o resultado. Além disso, aqueles que responderam ao questionário eram pessoas participantes de evento ou frequentadoras do site de suas sociedades, o que pode ser um viés nas interpretações dos resultados. Neste estudo a opção pela categorização das variáveis em três grupos tornou complexa uma análise estatística adequada. Este é outro fator limitante que merece destaque.

Mesmo com as falhas metodológicas apontadas os autores permitem-se sugerir que, diante da alta incidência de LET nas UTIs, devam ser implantados planos para cuidados paliativos dos pacientes críticos terminais.

CONCLUSÕES

Os resultados deste trabalho permitem concluir que, embora existam diferenças regionais e culturais, as medidas de limitação de esforço terapêutico no fim da vida são frequentemente utilizadas entre os profissionais atuando nas UTIs dos três países. O estudo mostra tendência da ação de LET de forma mais proativa nas UTIs da Argentina e maior equidade na distribuição das decisões nas do Uruguai. Embora necessite ainda de melhor comprovação, essa diferença pode estar relacionada às diferenças de idade, tempo de experiência, tipo de profissional e gênero dos participantes.

Agradecimentos: Aos participantes do Grupo de Trabalho do Fim da Vida do Cone Sul: Francisco Albano de Meneses, Jairo Constante Bitencourt Othero, Jefferson Pedro Piva, Márcio Soares, Nara Azeredo, Raquel Pusch de Souza e Renato Terzi.

ABSTRACT

Objective: To evaluate end-of-life procedures in intensive care units.

Methods: A questionnaire was prepared by the End-of-Life Study Group of the Argentinean, Brazilian and Uruguayan Intensive Care societies, collecting data on the participants' demographics,

institutions and limit therapeutic effort (LTE) decision making process. During this cross sectional study, the societies' multidisciplinary teams members completed the questionnaire either during scientific meetings or online. The variables were analyzed with the Chi-square test, with a $p < 0.05$ significance level.

Results: 420 professionals completed the questionnaire. The Brazilian units had more beds, unrestricted visit was less frequent, their professionals were younger and worked more recently in intensive care units, and more non-medical professionals completed the questionnaire. Three visits daily was the more usual number of visits for the three countries. The most influencing LTE factors were prognosis, co-morbidities, and therapeutic futility. In the three countries, more than 90% of the completers had already made LTE decisions. Cardiopulmonary resuscitation, vasoactive drugs administration, dialysis and parenteral nutrition were the most suspended/refused therapies in the three countries. Suspension of mechanic ventilation was more frequent in Argentina, followed by Uruguay. Sedation and analgesia were the less suspended therapies in the three countries. Legal definement and ethical issues were mentioned as the main barriers for the LTE decision making process.

Conclusion: LTE decisions are frequent among the professionals working in the three countries' intensive care units. We found a more proactive LTE decision making trend in Argentina, and more equity for decisions distribution in Uruguay. This difference appears to be related to the participants' different ages, experiences, professional types and genders.

Keywords: Terminal care; Terminally ill; Treatment refusal; Withholding treatment; Medical futility; Questionnaires

REFERÊNCIAS

- Moritz RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- Moritz RD, Machado FO, Heerdt M, Rosso B, Beduschi G. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(2):141-7. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M, et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med*. 1990;322(5):309-15.
- Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 1990;18(12):1435-9.
- Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med*. 1992;20(3):320-6.
- Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;155(1):15-20.
- Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med*. 1997;25(5):887-91.
- Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999;27(8):1626-33.
- Gherardi CR, Biancolini C, Butera JJ, Calvillo L, Canteli María M, Cardonnet L, et al. Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2000;16(2):53-6.
- Pellegrino ED. Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *JAMA*. 2000;283(8):1065-7.
- Nunes R. Proposta sobre a suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Rev Bioética*. 2009;17(1):29-39.
- Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):422-8.
- Moritz RD, Lago PM, Deicas A, Nilson C, Machado FO, Othero J, et al. 1º Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(3):306-9.

13. Nunes L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Rev Bioética*. 2008;16(1):41-50.
14. Bitencourt AGV, Dantas MP, Neves FBCS, Almeida AM, Melo RMV, Albuquerque LC, et al. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(2):137-43.
15. Lago PM, Garros D, Piva JP. Terminalidade e condutas de final de vida em unidades de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(3):359-63.
16. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Rev Bioética*. 2008;16(1):61-83.
17. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med*. 2001;27(11):1744-9.
18. Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med*. 2001;29(2 Suppl):N52-5. Review.
19. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;158(4):1163-7.
20. Hynninen M, Klepstad P, Petersson J, Skram U, Tallgren M. Process of foregoing life-sustaining treatment: a survey among Scandinavian intensivists. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008;52(8):1081-5.
21. Mani RK, Mandal AK, Bal S, Javeri Y, Kumar R, Nama DK, et al. End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2009;35(10):1713-9.
22. Azoulay E, Metnitz B, Sprung CL, Timsit JF, Lemaire F, Bauer P, Schlemmer B, Moreno R, Metnitz P; SAPS 3 investigators. End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med*. 2009;35(4):623-30.
23. Szalados JE. Discontinuation of mechanical ventilation at end-of-life: the ethical and legal boundaries of physician conduct in termination of life support. *Crit Care Clin*. 2007;23(2):317-37, xi.
24. Psirides AJ, Sturland S. Withdrawal of active treatment in intensive care: what is stopped - comparison between belief and practice. *Crit Care Resusc*. 2009;11(3):210-4.
25. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-33. Spanish.
26. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008;36(3):953-63. Erratum in: *Crit Care Med*. 2008;36(5):1699.
27. Moritz RD. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):485-9.