

**OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA: INSTITUIÇÃO E
MANUTENÇÃO DE SUPORTE EM SITUAÇÕES
DE FIM DE VIDA EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL
ONCOLÓGICO TERCIÁRIO**

LUCIMARA CAMALIONTE SANTOS

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do Título de Mestre
em Ciências**

Área de concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Pedro Caruso

Co-Orientador: Dr. Vasco Moscovici da Cruz

São Paulo

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Santos, Lucimara Camaliente

Obstinação terapêutica: instituição e manutenção de suporte em situações de fim de vida em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital oncológico terciário / Lucimara Camaliente Santos – São Paulo, 2011.

50p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Pedro Caruso.

Descritores: 1. MORTE. 2. DOENTE TERMINAL. 3. QUALIDADE DE VIDA. 4. UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

DEDICATÓRIA

Aos pacientes e suas famílias.

AGRADECIMENTOS

Declaro minha estima e gratidão a todas as pessoas que, direta e indiretamente, participaram da conclusão deste trabalho.

Ao doutor Pedro Caruso, cuja serenidade, paciência e confiança foram primordiais nessa trajetória de imenso aprendizado.

Ao doutor Vasco Moscovici da Cruz. Incansável, acolhedor, positivo: características valiosas em um orientador, e inestimáveis em um amigo. Pela dedicação com que me orientou, e por idealizar o respeito à vida.

À doutora Sandra Caires Serrano, entusiasta e exemplo de profissional à frente de uma excelente equipe de cuidados paliativos.

Aos estatísticos do departamento de Bioinformática da Fundação Antônio Prudente: Aline Santos Damascena e professor Carlos Alberto B. Pereira, que contribuíram com a análise estatística deste estudo com entusiasmo.

Ao enfermeiro coordenador Marcos Idério dos Santos, pelo apoio, incentivo e motivação, fundamentais na condução deste estudo.

Aos médicos e funcionários do departamento de Terapia Intensiva e Núcleo de Oncologia Cutânea, pelo apoio e compreensão nos momentos difíceis.

À equipe da Biblioteca da Fundação Antônio Prudente, pelo apoio fundamental, profissionalismo e carinho.

Às funcionárias da Pós Graduação, Vanusa e Luciana, pelo zelo e dedicação; à Ana Maria Kurinari, um exemplo de administração e organização.

Aos membros da banca, pelas valiosas sugestões.

À querida companheira e amiga Glaucia, pela amizade, incentivo e apoio incondicional, essenciais no transcorrer desta trajetória!

Às amigas Valéria Emele, Ana Lucia, Ana Carolina e Rita de Cássia, que compartilharam momentos com estímulo e carinho.

Às minhas amadas mãe e irmã, que sempre estiveram comigo em tudo; ao meu pai.

Aos meus amados filhos Mariana e Eduardo. Pelas muitas horas em que os privei de mim, e ainda assim me retribuíram com amor.

Ao meu amado esposo Augusto, cuja presença em minha vida é uma dádiva. Obrigada por tudo!

A Deus, meu refúgio e fortaleza.

RESUMO

Camaliente L. **Obstinação terapêutica: instituição e manutenção de suporte em situações de fim de vida em uma unidade de terapia intensiva de um hospital oncológico terciário.** São Paulo; 2011. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Há cerca de cinquenta anos, época do advento do cuidado intensivo, não oferecer todo o suporte disponível era considerado ético e moralmente condenável. Hoje, o possível benefício destes meios é contrabalanceado com outros valores como qualidade de vida, custos de tratamento e a dignidade no morrer. Do ponto de vista ético, pretende-se evitar que a tecnologia venha a se transformar em instrumento que prolongue o sofrimento e retarde, a qualquer custo, o natural processo de morte. A busca do conhecimento nessa área é fundamental para que se evitem casos de obstinação terapêutica (distanásia). Objetivamos estudar os fatores predisponentes a tratamentos obstinados em pacientes em fase terminal e sem tratamento curativo possível para seu tumor. Analisamos os óbitos do Hospital A.C. Camargo, especializado em câncer, num período retrospectivo de sete meses, excluindo pacientes menores e não portadores de neoplasias. Realizamos um estudo retrospectivo, onde “obstinação terapêutica” foi considerada quando houve menção em prontuário de “Fora de Possibilidades Terapêuticas Curativas” (FPTC), ou “prognóstico reservado” e o paciente fora para unidade de tratamento intensivo e tenha recebido suporte avançado de vida. Registramos 347 óbitos, sendo que 71 não eram FPTC, 238 pacientes não sofreram obstinação, e 38 receberam tratamentos considerados fúteis ou obstinados. Os casos de obstinação terapêutica, embora minoria, tiveram como fatores predisponentes a falta de acompanhamento da equipe de cuidados paliativos (protegendo da obstinação) e presença de tumor hematológico (favorecendo a obstinação).

SUMMARY

Camaliente L. **[Medical futility: the institution and maintenance of advanced life support in end-of-life situations in an intensive care unit of a tertiary cancer hospital]**. São Paulo; 2011. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Fifty years ago, when the first Intensive Care Units were created, not to offer full support to all patients was considered ethical and morally unacceptable. Nowadays, the potential benefit of these resources is weighed against other values, such as quality of life, treatment costs and the avoidance of futile measures. From an ethical standpoint, efforts are directed to avoid the use of technological advances as a means to prolong suffering and delay, at all costs, the natural death process. Investigating and understanding these issues is fundamental if cases of therapeutic obstinacy (dysthanasia) are to be avoided. Our study aims to identify the predisposing factors involved in the institution of futile treatments in terminally ill cancer patients in whom no additional treatment for the malignant disease would be offered. We retrospectively analyzed the medical records of patients who died in a tertiary cancer hospital (Hospital A.C. Camargo) during a seven month period, excluding patients under 18 years of age and non cancer patients. "Medical futility" was defined when a patient, despite having been stated in the hospital records as having "no possible lifespan extending treatment", was admitted to intensive care and received advanced life support. 347 deaths were recorded, of which 238 did not undergo futile treatment, 71 received full code treatment and 38 received futile treatments. Statistically significant predisposing factors for medical futility were, in our analysis, lack of palliative care team consultation and hematologic malignancy.

LISTA DE FIGURA E QUADROS

Figura 1	Grupos de pacientes incluídos e excluídos do estudo.....	32
Quadro 1	Modelo para auxílio aos profissionais nas tomadas de decisão em fim de vida.....	15
Quadro 2	Variáveis estudadas.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados clínicos de todos óbitos do período.....	34
Tabela 2	Dados clínicos de todos óbitos de pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas.....	35
Tabela 3	Regressão logística para análise de fatores predisponentes e protetores da obstinação terapêutica.....	36
Tabela 4	Valores do índice de obstinação.....	37
Tabela 5	Associação e intervalo de credibilidade do índice de obstinação.....	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

FPTC	Fora de Possibilidades Terapêuticas Curativas
INCA	Instituto Nacional do Câncer
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Como definir obstinação terapêutica (distanásia)?	2
1.2	Práticas em “fim de vida”	4
1.3	Não-adoção, limitação e retirada de suporte em unidade de terapia intensiva.	8
1.4	Conferências familiares	17
2	HIPÓTESE DE ESTUDO.....	23
3	OBJETIVO	24
4	PACIENTES E MÉTODO	25
4.1	Considerações Éticas	25
4.2	Tipo de estudo.....	25
4.3	Casuística.....	25
4.4	Critérios de elegibilidade e exclusão	25
4.5	Coleta e processamento de dados	27
4.6	Análise estatística.....	29
5	RESULTADOS.....	32
6	DISCUSSÃO	38
7	CONCLUSÃO	44
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

1 INTRODUÇÃO

Obstinação terapêutica é definida como “uma atitude terapêutica excessiva (meios desproporcionados) em relação a uma determinada situação e ao respectivo prognóstico”, e tem sido objeto de crescente interesse na literatura médica (MONTEIRO 2006).

À época da introdução de métodos de reanimação cardiopulmonar, na década de 70, não oferecer tais manobras era considerado ético e moralmente condenável (REYNOLDS et al. 2007). Nos hospitais americanos havia a diretriz de oferecer reanimação cardiopulmonar a todos os pacientes que sofriam parada cardíaca. De lá para cá, entretanto, a percepção da baixa taxa de sucesso destas manobras (BURNS e TRUOG 2007) e considerações sobre terminalidade e sobre interferências indevidas no processo de morte motivaram mudanças nas atitudes médicas, na tentativa de evitar medidas contrárias ao benefício do paciente ou que gerassem desperdícios de recursos (LUCE e WHITE 2009).

Com o aprofundamento do debate sobre o tema e a sucessão de casos judiciais que envolviam a limitação de suporte, vários países do mundo adaptaram suas legislações para possibilitar que a obstinação terapêutica seja evitada (GOLDIM e FRASCICONI 2003).

O debate jurídico persiste sem solução definitiva, mas em nossos hospitais a limitação ou suspensão de suporte a doentes em fase terminal é uma realidade inevitável (MOREIRA e BIEHL 2004) amparada por uma

“ética informal”. Mas assim também são instâncias de obstinação terapêutica.

Um dos maiores entraves à interrupção dos tratamentos fúteis talvez seja a tecnologia, que tem se tornado tão eficaz em estender a vida, que torna difícil determinar quando é apropriado aceitar que um paciente está inexoravelmente morrendo. Outras questões contribuem para esta dificuldade: a distinção entre a interrupção e a continuidade do tratamento, considerações religiosas e culturais, a incerteza no prognóstico, a variabilidade das práticas, e o desconforto de profissionais médicos diante da morte (REYNOLDS et al. 2007).

A ambigüidade em torno da definição de fim-de-vida dificulta o desenvolvimento da ciência, a prestação de cuidados, e a comunicação entre pacientes, familiares e os provedores de saúde (National Institutes of Health-NIH 2004).

Com o intuito de explorar estas questões, segue uma revisão de literatura, apresentada em tópicos para melhor explanação.

1.1 COMO DEFINIR OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA (DISTANÁSIA)?

PESSINI (2001) descreve distanásia como intervenção por parte dos profissionais de saúde sem que um benefício seja atingido ao paciente, resultando em prolongamento de seu processo de morte. Em outras palavras, se consuma obstinação terapêutica em um tratamento, quando

não se consegue discernir o quanto as intervenções são inúteis, o quanto são aplicadas medidas de prolongamento da vida ao extremo mesmo que isso resulte em sofrimento ao paciente, prolongando seu estado terminal e não sua vida. A prática da obstinação compromete a qualidade de vida e afeta a dignidade dos pacientes em sua terminalidade de vida (PESSINI 2004).

Na definição de obstinação devem-se levar em conta os limites aceitáveis para aplicação de determinados procedimentos terapêuticos, em outras palavras, se estes procedimentos são necessários ou não. A evidência desta necessidade pode não ser clara, daí o motivo da falta de um consenso universal sobre este tema.

Os avanços tecnológicos podem induzir à prática da obstinação terapêutica, pois tornam possível a manutenção do doente por tempo indeterminado, tornando difícil a determinação de quando é apropriado aceitar que um paciente está morrendo. Um determinante central da obstinação terapêutica é que os avanços médicos e tecnológicos foram desproporcionalmente maiores para manter o paciente vivo do que para curar suas doenças. O uso destas tecnologias no suporte de vida em UTI deve ser empregado de forma orientada e focada nas conseqüências e desdobramentos de seu uso (COOK et al. 1999).

LIMA (2006), em uma abordagem filosófica acerca da adoção de tratamentos obstinados, chama atenção para “a necessidade de se recuperar os objetivos da medicina hipocrática, do conceito de vida, ou seja, o conceito de vida para além da biologia, valorizando a pessoa, os seus

valores e opções. O médico tem que aprender a dar mais atenção ao doente e menos à cura em si.”

A adoção da tecnologia para manutenção da vida pode cercear o direito de escolha de um paciente ou família que deseja abster-se desta forma de tratamento. O respeito a esta decisão, que deve ser visto como um princípio ético da autonomia, considera perfis diversos entre pessoas e famílias, as quais possuem diferentes opiniões sobre o processo de morte e dos reais benefícios de procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou preventivos que porventura sejam aplicados sem o respeito ao princípio da razoabilidade.

1.2 PRÁTICAS EM “FIM DE VIDA”

- **Panorama mundial**

Com o intuito de traçarmos um panorama sobre as tendências mundiais relacionadas à aplicação dos tratamentos obstinados em unidades de terapia intensiva, apresentamos como esse tema vem sendo percebido e trabalhado em outros países, levando em conta as diferenças regionais culturais, religiosas e éticas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a implementação de tratamentos paliativos deve ter como objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua família em decorrência de uma doença que ameaça a vida e que não responde a propostas curativas (FORTES 2007).

Em 1990 a Holanda estabeleceu uma rotina de notificação para os casos de eutanásia, deixando, porém, de torná-la legal. Essa sistematização visou apenas isentar o profissional médico de processos criminais. Aproximadamente 3% das mortes na Holanda ocorrem na forma de eutanásia, num valor menor que se esperava antes da legislação. Interessantemente a porcentagem de pacientes que solicitam eutanásia é maior do que as que recebem (GOLDIM 2004).

Em 1992 no estado da Califórnia, a inclusão da eutanásia no Código Civil para pacientes que provavelmente morreriam nos próximos 6 meses não foi aceita em plebiscito. Na época a discussão ética foi que a proposta do plebiscito era diferente da lei estadual de 1976, e que permitia que os médicos retirassem tratamentos de suporte de vida em pacientes terminais (GOLDIM 2004).

Em 1994 o estado norte americano do Oregon aprovou a lei chamada *measure 16* sobre morte digna que foi a primeira legalização de suicídio assistido (GOLDIM 2004).

Os territórios do Norte da Austrália, no ano de 1996, editaram uma lei que possibilita formalmente a eutanásia, estabelecendo vários critérios para sua adoção (GOLDIM 2004).

A Bélgica legalizou a eutanásia em 16 de maio de 2002. A lei belga foi derivada de uma diretriz emanada pelo Comitê Consultivo Nacional de Bioética do país (GOLDIM 2004).

Na França, o Código de Saúde do país permite que todo ser humano em fase avançada ou terminal de uma doença grave ou incurável possua o

direito da limitação de todo o tratamento e sua vontade após aplicação de um consentimento deve ser respeitada pela equipe médica (FORTES 2007).

- **Legislações nacionais**

Preocupados com a definição de diretrizes de condutas frente à terminalidade da vida, vários países optaram pela normalização destes procedimentos sob diversas condutas tais como suicídio assistido (morte orientada ou supervisionada por um profissional da saúde), eutanásia (procedimentos que promovem a antecipação da morte). Em nosso país perdura a tendência de normalização das práticas de ortotanásia, procedimento de natureza paliativa onde não há abreviação da morte.

De fato, essa aceitação foi percebida por VANE e POSSO (2011), que analisaram a opinião de 100 médicos com atuação em terapia intensiva em um grande hospital público do Estado de São Paulo. Dos entrevistados, todos foram favoráveis à ortotanásia; 67% consideraram a resolução como ideal e 26% como adequada, tendo apenas uma minoria de 7% que a considerou inadequada. Concluem relatando que há uma predominância da aceitação da prática da ortotanásia em nosso meio.

Seguindo esta tendência, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2006, editou a resolução nº 1.805/2006 que permitia ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, acometido por enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. A Resolução foi vetada liminarmente pela Justiça a pedido do Ministério Público, que questionou a

autonomia do Conselho Federal de Medicina em legislar a respeito de matéria penal, que é de competência exclusiva da União. Em 2010 a justiça revogou a liminar que impedia a realização da ortotanásia e restabeleceu a validade da resolução 1805/2006.

Antes a Lei estadual 10.241 de 1999, conhecida como Lei Mário Covas, permitiu aos médicos, perante autorização da família, suspender tratamentos que prolonguem a vida de pacientes terminais ou sem chances de cura. O conteúdo é o mesmo da resolução de 2006 e tem gerado polêmica entre a classe médica e defensores dos direitos humanos, que acreditam que a resolução aprovada por unanimidade pelos médicos seja um tipo de eutanásia. A Lei 10.241 de março de 1999, publicada pelo Diário Oficial do Estado, assegura aos usuários dos serviços de saúde no estado de São Paulo, em seu artigo segundo, o direito de "recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida".

Em agosto de 2010, o CFM promoveu o I Forum sobre "Diretivas Antecipadas de Vontade", dando início às primeiras discussões sobre o tema. Trata-se de documento que permite à pessoa transmitir decisões sobre cuidados de fim de vida quando ainda estiver possibilitada e consciente para isso. Além disso, permitem a indicação de um procurador, que ajudará a equipe de saúde a decidir o que deve ser feito, de acordo com a situação clínica naquele momento.

1.3 NÃO-ADOÇÃO, LIMITAÇÃO E RETIRADA DE SUPORTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Suspensão ou retirada de suporte é um assunto bastante discutido nos últimos anos nos Estados Unidos. Tais práticas têm sido aceitas em situações onde a continuação do tratamento resvala nos princípios éticos de beneficência e não-maleficência, e provocam inquietações de cunho ético, moral, legal, filosófico, religioso. Ainda que, para muitos, a suspensão e a retirada de suporte tenham a mesma raiz filosófica, para outros tais práticas são distintas, pois geram diferentes impactos, tal como demonstrado em estudo do Comitê de Ética da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) há quase duas décadas. Neste estudo embora 90% dos profissionais já houvesse tomado condutas de não-adoção e/ou retirada de medidas de suporte de vida, apenas metade dos entrevistados crê que a não-adoção é uma conduta semelhante à retirada em pacientes terminais; 43% acreditam que a não-adoção seja mais aceita do que a retirada, e 26% ficam mais desconfortáveis com a retirada do que com a não-adoção de suporte vital. No mesmo estudo os fatores que interferiram na tomada da decisão de não-adoção ou retirada a "qualidade de vida" foi o mais importante (67%), a possível não-sobrevivência à hospitalização (61 %) foi o segundo, e a natureza da doença crônica do paciente e a não reversibilidade da sua doença aguda vieram a seguir (CARALIS e HAMMOND 1992).

Há ainda como medida de limitação de suporte a "ordem de não ressuscitar" (ONR), atitude que ainda causa bastante polêmica na área

médica. Os principais elementos éticos associados à ONR são seus fundamentos éticos, as situações em que ela seja apropriada, as dificuldades na sua implantação, as pessoas que devem estar envolvidas na decisão e o que fazer em caso de conflito entre as partes (URBAN et al. 2001).

Na literatura inglesa, encontramos termos os quais podem ser mais bem entendidos com o uso de expressões:

Withholding é um termo que podemos definir como uma decisão planejada de manutenção e/ou limitação de suporte, onde procedimentos terapêuticos como entubação endotraqueal, aumento na dose de drogas vasoativas, cirurgia, antibioticoterapia e hidratação podem ser mantidos, mas não mais acrescentados (FERRAND et al. 2001).

Withdrawing é definido como uma descontinuação de terapêuticas já iniciadas, tais como descontinuação de antibioticoterapia, nutrição parenteral, hidratação, desligamento de ventilação mecânica e extubação (FERRAND et al. 2001).

O emprego de práticas paliativas em pacientes terminais tem sido estudado, sobretudo analisando as questões éticas que envolvem este tema, justificando ou não a prática desta modalidade terapêutica. Fica claro nestes estudos que a falta de consenso interfere na tomada de decisão e na frequência de aplicação destes tratamentos.

FERRAND et al. (2001) mostrou que mesmo a legislação francesa permitindo a limitação do tratamento, as práticas de limitação e retirada de suporte foram instituídas em 11 % de uma população de 7309 óbitos. A

explicação para este resultado, segundo os autores, é a falta de uma diretriz oficial da comunidade científica francesa, o que leva à limitações nas fases de tomada de decisão. Esta mesma conclusão foi observada por PRENDERGAST et al. (1998) em estudo que analisou a frequência da aplicação de retirada de suporte em 6303 óbitos ocorridos em 131 serviços de unidades de terapia intensiva americanas. A análise retrospectiva mostrou que tal procedimento foi realizado em 38% da amostra analisada. O autor conclui que este achado não está correlacionado ao tipo de unidade de terapia intensiva, tipo de hospital, número de admissões ou mortalidade, mas está associado aos programas de treinamento em cuidados intensivos que não apresentam uma padronização de cuidados a pacientes terminais.

SPRUNG et al. (2003) evidencia a frequência e o modelo das práticas em final de vida em unidades de terapia intensiva de 17 países da Europa. Das 31.417 admissões analisadas, 4.248 (13,5%) evoluíram para óbitos. Destes, 72,6% receberam limitação de tratamento, dos quais 38% foram classificados como *withholding* e 33% como *withdrawing*. A restrição de terapias versus a continuidade de técnicas de manutenção de vida estava associada com a idade, natureza da doença (aguda ou crônica), religião, região e número de dias na UTI. O estudo ainda ressalta que as práticas *withholding* e *withdrawing* são bem aceitas pela maioria dos intensivistas europeus, ainda que as práticas de eutanásia sejam raras.

AZOULAY et al. (2009) analisa a incidência e características das tomadas de decisões das terapias de suporte de vida em amostra contendo 282 unidades de terapia intensiva espalhadas pela América do Norte,

América do Sul, América Central, Europa e Austrália. Foram analisados dados de 14.488 pacientes e as decisões de suporte de vida foram identificadas pelos métodos de regressão logística. Em 8,6% (1239 casos) da amostra foi observada a ocorrência das práticas de limitação de terapias de suporte de vida, sendo 54,6 % por *withhold* e 45,4 % por *withdrawal*. A principal variável relacionada ao aumento da incidência destas decisões foi o alto número de enfermeiros por leito enquanto que a diminuição desta incidência foi associada à presença de especialistas médicos durante os plantões noturnos e finais de semana.

KRANIDIOTIS et al. (2010) analisa 306 óbitos em um estudo prospectivo observacional em oito unidades de terapia intensiva na Grécia. Os dados evidenciaram que a limitação de suporte de vida é comum naquele país e que a prática de *withholding* com ressuscitação cardiopulmonar foi observada em mais de 80% dos casos estudados, entretanto, a prática de *withdrawing* foi menos freqüente.

Na Alemanha, SCHILDMANN e VOLLMANN (2010) investigou os fatores relacionados as decisões de médicos na tomada de decisão de limitação de suporte de vida em pacientes com câncer avançado. Foram analisadas as decisões de 17 oncologistas e os critérios considerados na tomada da decisão foram: idade do paciente, condição social e a qualidade da relação médico/paciente. Os autores ainda ressaltam outros fatores relevantes para a tomada de decisão como a pressão do tempo e disponibilidade de equipamentos tecnológicos de suporte. Relatam que a narrativa sobre limitação de suporte de vida não é explicitamente abordada

nas relações médico/paciente, e que predominantemente estas questões eram tratadas de uma maneira mais omissa e silenciosa.

ZUBEK et al. (2010) afirma que na Hungria a tomada de decisões pelo intensivistas é paternal e segue a legislação do local. Foram analisados 103 questionários enviados para intensivistas e anestesiólogistas entre 2007-2008. Os médicos intensivistas daquele país geralmente tomam as decisões sozinhos, não respeitam a opinião do paciente, da família ou de outros profissionais de saúde. Além disso, preferem não iniciar um tratamento a ter que descontinuá-lo. Também ressaltam a necessidade de se considerar os direitos dos pacientes no país diante da tomada de decisões e da necessidade de discussão do tema entre legisladores e médicos, buscando uma melhoria do suporte legal para a prática esta médica.

Ainda sobre a frequência da prática de *withholding* e *withdrawing*, JENSEN et al. (2011) conclui que estas práticas são comuns em duas unidades de terapia intensiva na Dinamarca. Os autores analisaram retrospectivamente prontuário de 176 pacientes admitidos na UTI. A prática de limitação de suporte foi implementada em 14,2% dos casos enquanto que 66,5% foram á óbito após a retirada de suporte. As principais causas levantadas para o uso destas terapêuticas foram o prognóstico das doenças agudas e o julgamento da futilidade da terapia. A tomada de decisão foi realizada em média de 1,4 dias.

Alguns trabalhos procuraram evidenciar os fatores que afetam a decisão de manutenção de suporte por parte dos médicos de unidades de

terapia intensiva. HINKKA et al. (2002) analisa as causas das variabilidades nas decisões de *withhold* e *withdraw* por parte dos médicos da Finlândia. Esses médicos foram perguntados sobre suas atitudes, valores em relação a vida, experiência e formação. A amostra foi de 500 clínicos gerais, 300 cirurgiões, 300 intensivistas e 82 médicos oncologistas. Os tratamentos mais freqüentemente descontinuados foram: transfusão de sangue (82%) e a profilaxia da trombose (81%). Os tratamentos menos descontinuados foram a hidratação intravenosa (29%) e suporte de oxigênio (13%). As médicas se mostraram menos decididas a descontinuar as profilaxias de trombose ($p = 0,022$) e oxigenoterapia ($p < 0,001$) e mais decididas na descontinuação de obtenção de imagens radiológicas ($p = 0,039$) e exames laboratoriais ($p = 0,057$). Os jovens médicos estavam mais propensos à continuação de antibioticoterapia ($p = 0,025$), profilaxia de trombose ($p = 0,006$), oxigenoterapia ($p = 0,004$) e exames laboratoriais ($p = 0,041$). Os oncologistas se mostraram mais decididos na descontinuação de tratamentos em relação aos outros especialistas exceto para antibioticoterapia e transfusão de sangue. Médicas, jovens médicos e oncologistas foram os mais influenciados por apelos familiares. Concluem afirmando que a variabilidade das decisões foi decorrente de alguns fatores como: antecedentes pessoais, experiência profissional, supervisão e pós-graduação dos médicos avaliados. Ressaltam a importância dos treinamentos e pesquisas para melhorar a objetividade nas tomadas de decisões em fim de vida.

LÖFMARK e NILSTUM (2002) em seu trabalho apresentaram os resultados da revisão de literatura envolvendo 750 artigos, dos quais em 43, foram extraídas e analisadas diferentes opiniões sobre a 'futilidade' dos tratamentos empregados na prática clínica. A maioria destes artigos afirma que as tomadas de decisões e julgamentos devem ser realizadas por médicos. Os estudos foram predominantemente semi quantitativos e afirmavam que os profissionais de saúde podem e devem evitar medidas fúteis após uma conferência familiar (29 artigos). Progressivamente, os artigos começaram a recomendar que o paciente fosse envolvido na tomada de decisão. Os autores apresentam um modelo para auxílio de tomada de condutas pelos profissionais de saúde, e que também propicia coleta de informações, evidenciando os valores que devem ser considerados neste processo. O modelo consiste em categorizar as perguntas em duas questões: O que pode ser considerado como uma conduta fútil? O que pode ser justificado em situações envolvendo condutas fúteis? (Figura 1)

Quadro 1 - Modelo para auxílio aos profissionais nas tomadas de decisão em fim de vida.

Identificando as condições de futilidade: Quem tem a autoridade final para decidir sobre as condições? Quais condutas estão em discussão? Qual o objetivo a ser alcançado? Qual a probabilidade deste objetivo ser alcançado? Identificando as consequências morais de futilidade: Poderiam ou deveriam os profissionais de saúde renunciar à conduta? Com ou sem comunicação com os envolvidos ou afetados? Quem será responsável pela decisão de renunciar à conduta?

Fonte: Adaptado de LÖFMARK e NILSTUM (2002).

Os autores concluem chamando a atenção que para a tomada de uma decisão aceitável e individualizada não há necessidade de definição de “futilidade” e isto têm sido o grande problema segundo a maioria dos autores.

Em 2000, MEISEL et al. publicam um consenso da *American College of Physicians-American e Society of Internal Medicine* (ACP-ASIM) cujos membros se reuniram para traçar uma discussão sobre o que seria mito ou realidade em relação as tomadas de decisões quando do cuidado de pacientes terminais. A compilação dos trabalhos resultou na definição de 07 mitos:

- 1 A limitação de suporte de vida em pacientes sem a capacidade de tomar decisões exige a certeza de que este era o seu desejo;
- 2 A prática de limitação ou retirada de soluções ou nutrição parenterais em pacientes terminais ou inconscientes é ilegal;
- 3 A equipe de gestão de riscos deve ser notificada antes que a limitação do suporte de vida seja instituída;
- 4 Diretivas antecipadas de vontade devem cumprir formas específicas, não são transferíveis entre os Estados, devem governar todas as decisões futuras de tratamento e diretivas antecipadas apenas verbalmente não são aplicáveis;
- 5 Se um médico prescrever ou administrar altas doses de medicações com o propósito de alívio da dor ou outro desconforto que resulte na morte de um paciente terminal, o mesmo deve ser processado criminalmente;
- 6 Não há amparo legal para a decisão de abreviação da vida em atendimento ao pedido de um paciente terminal, cujo sofrimento seja intenso, mesmo com o uso da terapêutica paliativa;
- 7 Proibição do suicídio assistido por um médico.

A conclusão das discussões é de que embora existam muitos consensos éticos e legais a cerca dos cuidados em pacientes terminais algumas “áreas cinzentas” ainda persistem. Algumas das barreiras legais são mais místicas do que reais, muito embora exista um fundo de verdade nestes mitos. Isso explica o fato de alguns médicos superestimarem os riscos legais de algumas práticas. Consideram ainda que existem muitas discrepâncias de consensos entre estados americanos e que por isso cada

médico deve conhecer a legislação da região onde atua. Podemos imaginar que a situação brasileira não é diferente.

É fundamental diferenciar “fora de possibilidade de cura” de “fora de possibilidade de tratamento”, pois o tratamento implica, por exemplo, em cuidados paliativos, que podem ser considerados uma alternativa técnica e moralmente justificada da obstinação terapêutica e do tratamento fútil SCHRAMM (2008). Infelizmente o advento da medicina moderna tornou possível a manutenção da vida humana por um período longo e indeterminado. Com isso, difíceis discussões jurídicas e morais vieram à tona, procurando distinguir os tratamentos agressivos daqueles utilizados para o conforto.

1.4 CONFERÊNCIAS FAMILIARES

A conferência familiar tem se mostrado importante etapa do processo de construção e tomada de decisão na limitação do suporte de vida (LANG e QUILL 2004).

O comportamento e a aceitação do tratamento são fortemente influenciados pelo tipo de tratamento oferecido ao paciente, e muitas vezes essa interferência pode ser definida a partir de algumas variáveis como perfil do paciente, tempo de tratamento na UTI, características próprias de cada família e grau de aceitabilidade de cada indivíduo. Casos semelhantes destas interferências podem ser observados em pacientes portadores de morte encefálica cujas famílias são questionadas sobre a possibilidade de doação de órgãos. Muitas dessas famílias pedem a manutenção do parente

em tratamento na unidade de terapia intensiva e não aceitam a interrupção do tratamento e o enfrentamento do luto.

A percepção errônea da família gera muitos conflitos, e na maioria vezes, cabe ao profissional de saúde a administração destes. No tratamento os objetivos devem ser explicitamente definidos, entretanto, a família pode ver o tratamento proposto como a perda da chance de recuperação.

As divergências entre famílias e médicos sobre fim de vida têm sido muito comuns em todo mundo e devem aumentar com o envelhecimento da população e com os avanços tecnológicos que tornam possíveis o prolongamento da vida nas unidades de terapia intensiva (LUCE e WHITE 2007).

Na UTI do Hospital A.C. Camargo, o processo de tomada de decisão difere de outros serviços nacionais e internacionais, porque as decisões são compartilhadas por uma equipe interdisciplinar. O compartilhamento de responsabilidade de decisão tem sido destacado na literatura. Em nosso meio, FORTE (2010) constatou que apenas 21% dos intensivistas avaliados envolveriam enfermeiros na tomada de decisão por suspensão do suporte de vida. Embora essa participação ainda não seja expressiva em muitos países, há relatos onde os enfermeiros possuem grande atuação neste processo, tais como Nova Zelândia e Líbano, com taxas de 78% e 74,5% respectivamente (FORTE 2010).

Um pensamento racional, moral e ético deve ser a diretriz neste processo. Algumas considerações devem estar claras: Primeiro, os médicos não são obrigados a disponibilizar um tratamento que acreditem ser ineficaz ou prejudicial aos pacientes; segundo, quando do consenso do tratamento

fútil, inicialmente os médicos não devem dizer “não” aos familiares e sim envolvê-los em um diálogo e discutir as alternativas; terceiro, os médicos devem saber que tratamentos não são fúteis desde que propiciem conforto ao paciente. Para todo paciente deve ser garantido o cuidado paliativo, o controle da dor, e o respeito a sua dignidade (KASMAN 2004).

GERSTEL et al. (2008) analisa como os cuidados de limitação ou retirada de suporte afetam o grau de satisfação familiar. Os autores aplicaram um questionário para familiares de 584 pacientes que morreram após seis tipos de intervenções classificadas como “retirada de suporte” por pelo menos 5 dias. A decisão de retirar suporte após longos períodos de intervenções foi correlacionada com o aumento da satisfação familiar, assim como extubação antes da morte. Os autores consideram essa tomada de decisão um processo complexo e fortemente dependente de características próprias de cada paciente e família.

GRIES et al. (2008) preocupado em levantar alguns indicadores que poderiam elucidar a relação das tomadas de decisões versus satisfação familiar, estudaram as respostas de 356 famílias de pacientes terminais em 10 unidades de terapia intensiva na cidade de Seattle- EUA. Os resultados evidenciaram que a satisfação familiar esteve fortemente relacionada com a retirada de suporte de vida, realização de conferência familiar com foco nos desejos do paciente e suas necessidades espirituais. O apoio dado pela equipe de saúde foi também correlacionado com a escolha de retirada de suporte sob consentimento familiar. Concluem relatando que o aumento da satisfação familiar está associada à limitação de suporte e ressaltam a importância da realização das conferências familiares.

ZIER et al. (2009) estuda o comportamento de familiares de pacientes terminais quando da predição de futilidade por parte dos médicos. O estudo foi multicêntrico, envolvendo três hospitais da Califórnia entre 2006 e 2007. Entrevistas foram aplicadas em familiares de 50 pacientes terminais. Foram apresentadas situações hipotéticas envolvendo terminalidade com o objetivo de levantar as atitudes desses familiares frente a cada situação. Os resultados mostraram que 64% destas pessoas expressaram dúvida sobre a precisão das previsões de futilidade realizada pelos médicos. Trinta e dois por cento dos familiares optaram pela manutenção do suporte de vida em pacientes com expectativa de sobrevida inferiores a 1% e 18% dos familiares optaram por continuidade de tratamento nos casos em que o médico previa nenhuma chance de sobrevivência. A análise destes resultados por regressão logística evidenciou uma forte dúvida de familiares quanto a capacidade de médicos na predição da futilidade de tratamento e este cenário tem implicações na resolução de conflitos sobre futilidade de tratamentos na prática clínica.

RYDVALL e LYNÖE (2008) preocupados com o entendimento da população sueca em relação aos procedimentos de terminalidade investigaram se havia um consenso entre as partes quando da tomada de decisão pela aplicação de medidas de limitação terapêutica; em 2004 foram enviados aleatoriamente 989 questionários para indivíduos adultos e 410 para médicos intensivistas e neurocirurgiões. O questionário foi baseado em um caso envolvendo um paciente fora de possibilidades terapêuticas curativas e argumentos apresentados a favor e contra os tratamentos de limitação e retirada de suporte, além de procedimentos de abreviação da

morte. No grupo dos médicos a maioria (82,3%) foi favorável à limitação de suporte enquanto que no grupo da população geral uma minoria (40,2%) compartilhou da mesma decisão. Os argumentos para as decisões e consideração acerca da qualidade de vida diferiram significativamente entre os dois grupos. A maioria dos médicos (94,1%) e da população (77,7%) se mostrou preparada para a retirada de suporte. Os dois grupos em sua maioria (médicos 95,15% e população 82%) concordam que a sedação deve ser realizada nestes casos de terminalidade. Os autores concluem que há diferenças consideráveis na forma com que médicos e a população analisam o processo de terminalidade. Apesar disso, as opiniões dos grupos tenderam a convergir, muito embora priorizassem argumentos diferentes. Os autores chamam a atenção para a necessidade de conhecimento da opinião da população sobre esse tema por parte dos profissionais de saúde e instituições, evitando assim os conflitos inerentes a esta situação.

Num estudo já citado sobre *withholding* e *withdrawal* (KRANIDIOTIS et al. 2010), a participação da família na decisão ocorreu em 20 % dos casos e as causas da não discussão sobre práticas adotadas com família foram: não entendimento (60%), família indisponível (25%), considerada desnecessária pelos médicos (10%) ou não intenção da família na participação da discussão (4%). Os autores concluem que as práticas de limitação de suporte de vida na Grécia são freqüentes, porque o processo de construção das decisões é predominantemente paternalista.

Em nosso país, BITENCOURT et al. (2007) evidenciou as práticas de limitação terapêutica em unidades de terapia intensiva do nordeste. A Análise de 67 pacientes mostrou o predomínio de adoção de medidas

sugestivas de limitação terapêutica (59,7%) com ênfase na prática de *withhold* (35,8%) e menos na de *withdraw* (6%) e não reanimação (17,9%).

Quando da definição de futilidade de um tratamento, dever ser realizada uma negociação com a família, deixando claro que a aplicação de tratamentos fúteis é um processo delicado que deve ser apoiado mediante o respeito dos valores profissionais e da dignidade do doente. As discrepâncias entre esses valores exigem dos médicos integridade profissional e o exercício da humildade. Ao final, o respeito às pessoas envolvidas pode resultar em soluções morais e eticamente viáveis (KASMAN 2004).

Em resumo, com o advento do cuidado intensivo, não oferecer todo o suporte disponível era considerado ético e moralmente condenável. Hoje, o possível benefício destes meios é contrabalanceado com outros valores, como qualidade de vida, custos de tratamento e evitar tratamentos fúteis e obstinados. Do ponto de vista ético, pretende-se evitar que esta tecnologia venha a se transformar em instrumento que prolongue o sofrimento e retarde, a qualquer custo, o processo natural de morte. A busca do conhecimento nessa área é fundamental para que se evitem casos de futilidade médica e obstinação terapêutica (distanásia).

2 HIPÓTESE DE ESTUDO

A hipótese deste estudo é que há características do paciente e do seu tratamento que podem diminuir ou aumentar as chances do paciente sofrer obstinação terapêutica.

3 OBJETIVO

Identificar os fatores predisponentes ou protetores a obstinação terapêutica em pacientes em fase terminal e considerados fora de possibilidade curativa do tumor.

4 PACIENTES E MÉTODO

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Antônio Prudente, e está registrado sob o número 1297/09.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo.

4.3 CASUÍSTICA

Os óbitos ocorridos no Hospital A.C Camargo, durante os meses de setembro a novembro de 2007 e de janeiro a abril de 2008, totalizando um período de 7 meses.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E EXCLUSÃO

- **Critérios de inclusão**

Foram incluídos os óbitos hospitalares que corresponderam aos pontos de interesse deste estudo.

- **Critérios de exclusão**

Foram excluídos deste estudo pacientes abaixo de 18 anos; pacientes que não eram portadores de câncer; pacientes cujo óbito foi constatado à chegada na Instituição; pacientes que faleceram na emergência com menos de 48 horas de internação.

- **Definição de fora de possibilidades terapêuticas curativas (FPTC) e de obstinação terapêutica**

A consideração de paciente fora de possibilidades terapêuticas curativas partiu do relato em prontuário, realizado pela equipe médica responsável pelo paciente, que na maioria dos casos eram oncologistas ou cirurgiões. Buscou-se registro em prontuário dos pacientes que naquela internação hospitalar ou em internação anterior, possuísem anotação dos termos: paciente terminal, paciente fora de possibilidades terapêuticas curativas, prognóstico reservado, mau prognóstico, paciente em período de cuidados terminais - termos cuja utilização é comum pelas equipes médicas deste serviço.

Pacientes que sofreram obstinação terapêutica foram definidos como aqueles considerados FPTC, que foram transferidos e morreram na UTI e que foram submetidos à pelo menos um dos três seguintes suportes avançados de vida:

1. Ventilação mecânica invasiva ou,
2. Uso de drogas vasoativas ou
3. Hemodiálise.

Ao término deste processo, tais prontuários foram submetidos a análise criteriosa, realizada por um intensivista e uma enfermeira, ambos

especialistas e com vasta experiência em UTI oncológica, a fim de diferenciar pacientes que receberam tratamentos fúteis até o óbito na UTI daqueles que foram submetidos a suspensão e/ou limitação e retirada de suporte ainda na unidade de tratamento intensivo.

- **Definições dos grupos de pacientes**

Nossa amostra de pacientes foi então dividida em três grupos. O primeiro grupo foi o dos pacientes que sofreram obstinação terapêutica, definidos acima. Este grupo foi subdividido em dois: 1. pacientes que obedeceram aos critérios e receberam medidas fúteis até o final e 2. pacientes que obedeceram aos critérios, mas que tiveram seu suporte limitado (*withhold*) ou retirado (*withdraw*).

O segundo grupo foi o dos pacientes FPTC e que não receberam tratamento obstinado. O terceiro grupo foi de pacientes que **não** haviam sido previamente considerados como FPTC e portanto foram considerados como tratamento pleno independente do local onde faleceram.

4.5 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram coletados do prontuário eletrônico, sistema MV 2000, e tabulados em uma planilha do software MS Excel 2007, onde 17 variáveis foram inseridas, excluindo-se os dados de identificação (Figura 2).

A análise estatística computacional utilizou os programas SPSS versão 19.0 (IBM) e o Software Livre R.

Quadro 2 - Variáveis estudadas

VARIÁVEIS 1 A 4 1.Sexo 2.Idade 3. Local do óbito: enfermaria, UTI, emergência, Centro Cirúrgico 4.Dias de UTI 5. MOTIVO DA INTERNAÇÃO NA UTI • Insuficiência respiratória aguda • Monitorização pós-operatória • Abdome agudo • Agitação/ delirium / confusão • Arritmia • Choque anafilático/ misto/ indeterminado • Choque hipovolêmico ou hemorrágico • Choque séptico • Coma (RNC) • Convulsões • Cuidados paliativos • Déficit neurológico focal • Distúrbio hidro-eletrolítico • Efeito de massa intracraniano • Hemorragia (sem choque) • Insuficiência hepática • Insuficiência renal aguda (IRA) • IRA/ Insuficiência renal crônica (IRC) agudizada • monitorização para Bio-quimioterapia • Neutropenia febre • Pancreatite grave • Pós operatório de doador hepático • Pós operatório de receptor hepático • Sepses/ sepse grave • Síndrome coronariana aguda • Outros 6. TIPO DE TUMOR • Sólido • Hematológico 7. LOCALIZAÇÃO DO TUMOR <table border="0"> <tr> <td> • Bexiga • Canal anal • Cárdia • Cavidade oral/faringe/laringe • Colo de útero • Colon exceto reto • Coluna • Endométrio • Esôfago • Estômago • Fígado • Gânglios • Mama • Mediastino • Testículo • Tireóide • Útero • Vagina • Vias biliares • Outros </td> <td> • Membros superiores • Membros inferiores • Ossos • Ovários • Pâncreas • Parótida • Pele melanoma • Pele não-melanoma • Peritônio • Penis • Próstata • Pulmão • Reto • Retroperitônio • Rim • SNC </td> </tr> </table>	• Bexiga • Canal anal • Cárdia • Cavidade oral/faringe/laringe • Colo de útero • Colon exceto reto • Coluna • Endométrio • Esôfago • Estômago • Fígado • Gânglios • Mama • Mediastino • Testículo • Tireóide • Útero • Vagina • Vias biliares • Outros	• Membros superiores • Membros inferiores • Ossos • Ovários • Pâncreas • Parótida • Pele melanoma • Pele não-melanoma • Peritônio • Penis • Próstata • Pulmão • Reto • Retroperitônio • Rim • SNC	8. TIPO DE TUMOR HEMATOLÓGICO • Linfoma não-Hodgkin • Linfoma de Hodgkin • Mieloma múltiplo • Leucemia linfóide aguda • Leucemia mieloide aguda • Leucemia mieloide crônica • Leucemia linfóide crônica • Outros tumores hematológicos 9. ESTADO DIAGNÓSTICO • Cancer sem outra especificação • Em diagnóstico • Recidiva local • Não-câncer • Metástase/ recidiva sistêmica • Em remissão 10. METÁSTASES • Sim • Não 11. TRATAMENTOS PRÉVIOS • Nenhum • Quimioterapia/ imunoterapia • Radioterapia • Cirurgia • Quimioterapia e radioterapia • Quimioterapia e cirurgia • Radioterapia e cirurgia • Quimioterapia, radioterapia e cirurgia 12. NÚMEROS DE ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA ✓ De 0 a > 4 13. Foi considerado fora de possibilidades terapêuticas curativas? ✓Sim ✓ Não 14. Se óbito na UTI, houve tentativa de tratamento (Trial) ? ✓Sim ✓ Não 15. Realizada Conferência Familiar? ✓Sim ✓ Não Antes da UTI? ✓Sim ✓ Não 16. ÓBITO NA UTI E ELEITOS PARA PALIAÇÃO? • Limitação de Suporte (<i>Withold</i>) • Retirada de suporte (<i>Withdrawal</i>) 17. TRATAMENTOS RELATIVOS A ÚLTIMA INTERNAÇÃO • Ventilação mecânica invasiva • Drogas vasoativas • Diálise • Radioterapia • Quimioterapia • Cirurgias • Sedação terminal • Extubação terminal • Ventilação mecânica não-invasiva • Equipe de cuidados paliativos • Suporte psicológico • Re-internação na UTI
• Bexiga • Canal anal • Cárdia • Cavidade oral/faringe/laringe • Colo de útero • Colon exceto reto • Coluna • Endométrio • Esôfago • Estômago • Fígado • Gânglios • Mama • Mediastino • Testículo • Tireóide • Útero • Vagina • Vias biliares • Outros	• Membros superiores • Membros inferiores • Ossos • Ovários • Pâncreas • Parótida • Pele melanoma • Pele não-melanoma • Peritônio • Penis • Próstata • Pulmão • Reto • Retroperitônio • Rim • SNC		

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Fizemos o teste de Kolmogorv-Smirnov para testar se a distribuição das variáveis contínuas era normal ou não. O teste revelou que a idade tem distribuição normal e o número de esquemas e dias na UTI não. Os dados de distribuição normal serão mostrados com média e desvio-padrão e os não paramétricos como mediana e intervalo entre máximo e mínimo. Os dados categóricos foram mostrados como frequências e porcentagem.

A comparação entre as idades dos grupos com e sem obstinação terapêutica foi feita com o teste-t de *Student*. A comparação entre o número de esquemas prévios foi feito com o teste de Mann-Whitney.

Os parâmetros categóricos foram comparados usando o teste do chi quadrado ou teste exato de Fisher, quando apropriado.

- **Regressão logística**

Para identificar os fatores predisponentes ou protetores da obstinação terapêutica foi utilizado um modelo de regressão logística. Os fatores predisponentes ou protetores da obstinação terapêutica foram selecionadas entre aqueles coletados e que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada (teste-t de Student ou Mann-Whitney). Por este critério entraram no modelo as seguintes variáveis: idade, tipo de tumor (sólido ou hematológico), cuidado conjunto com equipe de paliativos e se houve conferência familiar anteriormente. O ajuste do modelo foi avaliado com o teste de Hosmer e Lemeshow.

- **Índice de obstinação**

Para contornar limitações de previsão do modelo de regressão logística foi calculado um índice composto pelas duas variáveis (tipo de tumor e equipe de cuidados paliativos) que assume valores baixos para indicar alta chance de obstinação e vice-versa. Para o cálculo do índice codificamos as variáveis do seguinte modo: para a variável “tipo de tumor” associamos o valor um para tumor sólido e zero para tumor hematológico e para a variável “cuidados paliativos” foi associado o valor zero para ausência da equipe de cuidados paliativos e o valor um para a presença da equipe. Essa categorização foi baseada na análise descritiva, que indica que o tipo de tumor hematológico e a ausência da equipe de cuidados paliativos estão associados a obstinação. Para o cálculo do índice também precisamos definir uma ordem de importância para as variáveis. No nosso caso definimos a variável “cuidado paliativo” como a mais importante, pois na análise univariada essa variável mostrou ser a mais associada à obstinação (ver resultados). O índice é calculado somando ao dobro da variável mais importante, cuidado paliativo, a variável tipo de tumor (Índice = $1 \times \text{Tipo de Tumor} + 2 \times \text{Cuidados Paliativos}$). Desta forma, o índice pode assumir os valores:

- 0: tumor hematológico e ausência da equipe de cuidados paliativos;
- 1: tumor sólido e ausência da equipe de cuidados paliativos;
- 2: tumor hematológico e presença da equipe de cuidados paliativos e
- 3: tumor sólido e presença da equipe de cuidados paliativos.

Note que o maior valor do índice indica menor chance de obstinação enquanto que o menor valor do índice indica maior chance de obstinação.

Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Os testes estatísticos foram realizados com o programa IBM SPSS 19.0.

5 RESULTADOS

No período de setembro de 2007 a abril de 2008, foram constatados 347 óbitos hospitalares. Destes, 71 óbitos foram em pacientes que não eram considerados FPTC e que receberam tratamento pleno. Dos restantes 276 óbitos em pacientes considerados FPTC foram identificados 51 pacientes que preencheram os critérios de obstinação terapêutica e após a análise de prontuários foram descartados 13 pacientes, ficando a amostra final de pacientes que receberam obstinação com 38 pacientes (Figura 1).

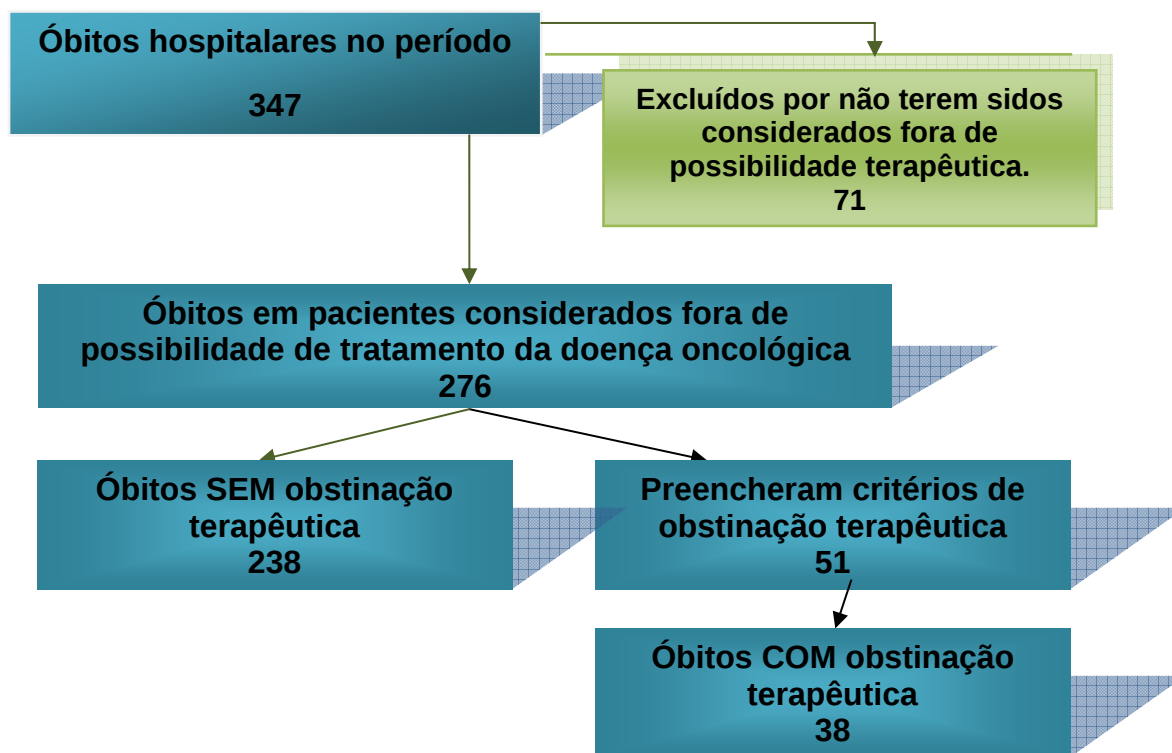


Figura 1 - Grupos de pacientes incluídos e excluídos do estudo.

Os dados de todos os pacientes que morreram no período estudado (pacientes considerados e não considerados fora de possibilidade terapêutica, n=347) estão na Tabela 1. Em resumo, 51,6% (179) dos pacientes eram homens, a média de idade foi de 60 ± 15 anos e 63% dos óbitos ocorreram nas enfermarias e 35% na UTI.

Os dados da população de pacientes considerados fora de possibilidade de tratamento curativo estão na Tabela 2 (n = 276). Em resumo os pacientes que sofreram obstinação terapêutica eram mais jovens, tinham uma proporção maior de tumores hematológicos, eram menos freqüentemente cuidados conjuntamente com o grupo de cuidados paliativos e menos freqüentemente o caso foi submetido a conferência familiar.

.

Tabela 1 - Dados clínicos de todos óbitos do período.

	n	%
Sexo		
feminino	168	47,4
masculino	179	51,6
Idade (anos)		
		60 ± 15
Local do óbito		
centro cirurgico	2	1
emergência	4	1
enfermaria	220	63
UTI	121	35
Tipo tumor		
sólido	319	92
hematológico	28	8
Estado diagnóstico		
câncer sem especificação	52	15
em diagnóstico	12	3
em remissão	1	0
metastase/recidiva distância	239	69
recidiva local	41	12
Tratamento		
cirurgia	25	7
nenhum	22	6
QT+cirurgia	69	20
QT+RT	48	14
QT+RT+cirurgia	92	27
quimioterapia	8	2
quimioterapia / imunoterapia	56	16
radioterapia	9	3
RT+cirurgia	18	5

Tabela 2 – Dados clínicos de todos óbitos de pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas.

	Geral n = 276	Obstinação n = 38	Não obstinação n = 238	p
*Idade	60 ± 14	55 ± 12	61 ± 15	0,02
**Número de esquemas de Qt	2 (0-11)	2 (0-4)	2(0-11)	0,83
Masculino	138 (50)	21 (55,3)	117 (49,2)	0,60
Tipo de tumor				0,02
<i>Hematológico</i>	17 (6,2)	6 (15,8)	11 (4,6)	
<i>Sólido</i>	259 (93,8)	32 (84,2)	227 (95,4)	
Cuidado conjunto com equipe de paliativos	133 (48,2)	3 (7,9)	130 (54,6)	<0,001
Tumor sólido metastático	223 (85,4)	26 (78,8)	197 (86,4)	0,28
Nunca tratou a neoplasia	11 (4,0)	1 (2,6)	10 (4,2)	1,0
Causa da internação na UTI (n=64)		38	26	0,49
<i>Abdome agudo</i>	2 (3,1)	1(2,6)	1 (3,8)	
<i>Delirium ou agitação</i>	1 (1,6)	0 (0)	1 (1,6)	
<i>Arritmia</i>	3 (4,7)	1 (2,6)	2 (7,7)	
<i>Coma</i>	7 (10,9)	5 (13,2)	2 (7,7)	
<i>Insuficiência hepática</i>	1 (1,6)	0 (0)	1 (3,8)	
<i>Insuficiência respiratória</i>	31 (48,4)	19 (50,0)	12 (46,2)	
<i>Insuficiência renal aguda</i>	1 (1,6)	1 (2,6)	0 (0)	
<i>Monitorização pós operatória</i>	7 (10,9)	4 (10,5)	3 (11,5)	
<i>Neutropenia febril</i>	1 (1,6)	0 (0)	1 (3,8)	
<i>Sepse</i>	4 (6,3)	4 (10,5)	0 (0)	
Conferência familiar (n=247)	242 (98)	29 (90,6)	213 (99,1)	0,02
Cuidado conjunto com a equipe de psicologia	77 (27,9)	11 (28,9)	66 (27,7)	0,85
Localização do tumor sólido (n=259)				0,42
<i>Mama</i>	41 (14,9)	7 (18,4)	34 (14,3)	
<i>Colon</i>	26 (9,4)	2 (5,3)	24 (10,1)	
<i>Cavidade oral</i>	25 (9,1)	5 (13,2)	20 (8,4)	
<i>Estômago</i>	16 (5,8)	1 (2,6)	15 (6,3)	
<i>Pâncreas</i>	14 (5,1)	1 (2,6)	13 (5,5)	
<i>Próstata</i>	12 (4,3)	1 (2,6)	11 (4,6)	
<i>Pele Melanoma</i>	12 (4,3)	1 (2,6)	11 (4,6)	
<i>Outros</i>	113 (43,6)	14 (43,7)	99 (43,6)	
Tipo de tumor hematológico				0,47
<i>Alto grau</i>	9 (3,3)	4 (10,5)	5 (2,1)	
<i>Baixo grau</i>	6 (2,2)	1 (2,6)	5 (2,1)	

* Idade: média (desvio padrão)

**Número de esquemas de QT: mediana (mínimo – máximo)

Para as demais variáveis: frequência absoluta (frequência relativa)

Na análise univariada (Tabela 2) as variáveis idade, equipe de cuidados paliativos, tipo de tumor e presença ou não de conferência familiar mostraram-se associadas à obstinação. Em análise múltipla, por meio de um modelo de regressão logística, equipe de cuidados paliativos e tipo de tumor foram as variáveis que permaneceram no modelo final (Tabela 4).

Tabela 3 - Regressão logística para análise de fatores predisponentes e protetores da obstinação terapêutica.

	Razão de chance	Intervalo de confiança de 95%	p
Cuidado conjunto com equipe de paliativos	12,5	(3,6 - 42,6)	<0,001
Tumor hematológico (tipo de tumor)	3,6	(1,1 - 12,0)	0,036
Idade	0,98	(0,95 - 1,0)	0,072
Conferência familiar	1,46	(0,59 - 3,6)	0,42

Teste de Hosmer e Lemeshow com $p = 0,71$

A Tabela 4 abaixo apresenta a classificação do índice de acordo com a ocorrência ou não da obstinação. Note que, dentre os que sofreram obstinação, o índice classificou corretamente 92% dos pacientes e, dentre os que não sofreram obstinação, o índice classificou corretamente cerca de 55% dos pacientes, indicando uma boa discriminação deste índice do que a regressão logística.

Tabela 4 - Valores do índice de obstinação.

Índice	Obstinação		Total
	não	sim	
2 ou 3	130 (54.62)	3 (7.89)	133
0 ou 1	108 (45.38)	35 (92.11)	143
Total	238	38	276

A associação entre índice e obstinação pode ser avaliada por meio do coeficiente de correlação proposto por Yule em 1912, citado por BRENTANI et al. 2011, p.2), que mede associação em tabelas 2X2. Com a aproximação proposta por BRENTANI et al. (2011) podemos associar um intervalo de credibilidade para essa associação, apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Associação e intervalo de credibilidade do índice de obstinação.

Associação	Intervalo de Credibilidade (95%)	e-valor
0.569	(0.38 - 0.76)	<0.001

6 DISCUSSÃO

Os dados obtidos demonstram que a maioria dos óbitos intra-hospitalares aconteceu fora da UTI. Salvo exceções, como por exemplo, pacientes sem possibilidades de tratamento que tiveram parada cardiorrespiratória súbita e foram submetidos a reanimação cardiopulmonar seguida de morte em enfermaria, esse dado indica que na maioria dos casos existem condições para que obstinação terapêutica seja evitada e que os pacientes recebam um cuidado paliativo e digno no fim de suas vidas.

Ainda assim, foi possível identificar um número significativo, embora minoritário, de situações de obstinação terapêutica. Foi possível, além disso, identificar os fatores associados a tais situações, assim como os fatores que não se associaram a obstinação.

Usamos o método da regressão logística para identificar os fatores que predispõem ou protegem da obstinação terapêutica e com este método conseguimos identificar com forte confiança estatística, dois fatores. A regressão logística, além de revelar fatores predisponentes, gera uma equação que tenta prever se um paciente sofrerá ou não obstinação. A tentativa de criar um índice preditor nunca foi nosso objetivo principal, porém na análise de do nosso modelo de regressão logística, notamos que o modelo possui alta especificidade (classifica corretamente quem não sofreu a obstinação) e baixa sensibilidade (não consegue classificar corretamente, em grande número de vezes, quem sofreu a obstinação). Para predição o

índice de obstinação se mostrou mais acurado do que a equação da regressão logística.

Nossos resultados apontam para fatores potencialmente evitáveis, desde que haja uma mudança nas posturas médicas.

É importante ressaltar que entre os falecidos na UTI, parte deles recebeu cuidado intensivo que, a rigor, não pode ser considerado obstinado, pois havia a esperança de que as admissões na UTI deviam-se a intercorrências graves em pacientes que não teriam um prognóstico ruim quanto à neoplasia de base e comorbidades. Definir obstinação terapêutica foi um desafio para nós. De início, o objetivo era ter uma definição que pudesse ser aferida usando critérios objetivos, binários, que pudessem ser tabulados na forma de sim ou não, na análise do prontuário. Assim, propusemos que seriam considerados casos de obstinação terapêutica aqueles em que havia menção de prognóstico ruim no prontuário, mas que, ainda assim, foram submetidos a tratamentos invasivos como entubação traqueal, ventilação mecânica, uso de drogas vasopressoras, cirurgias ou diálise.

Entretanto, após a coleta de dados, observamos que esse critério, apesar de discriminar a maioria dos casos, tem limitações. O exame minucioso dos registros de prontuário permite concluir que há casos de evidente obstinação em pacientes em que não havia menção explícita de condição de extrema terminalidade. Por outro lado, certos pacientes receberam cuidado paliativo apesar de terem sido submetidos à entubação traqueal. Assim, nossos “casos” no estudo caso-controle, os pacientes em

que consideramos que houve obstinação, foram determinados após análise dos prontuários, pesando todos os fatores envolvidos, que nem sempre podem ser expressos em termos binários. Procuramos ter, na definição dos casos de obstinação, o máximo rigor. Possivelmente haveria mais casos de obstinação, que acabamos por classificar como situações de tratamento pleno ou de palição em UTI, se a análise fosse realizada por outro profissional. Porém acreditamos, ainda que contando com certa subjetividade nessa classificação, que aqueles que consideramos como casos de obstinação são evidentes.

Tendo em mãos a relação de pacientes onde ficou clara a obstinação, nosso objetivo foi analisar as evoluções médicas e investigar a origem da manutenção ou adição de medidas de suporte. Encontramos duas: uma, em que famílias, apesar de claramente informadas sobre o prognóstico e as opções terapêuticas, ou a ausência delas, e sobre a possibilidade de tratamentos paliativos, recusava qualquer tipo de limitação ou retirada e exigia que todos os recursos fossem empregados. Esses casos foram apenas três: em um, familiares se mostraram irredutíveis, negando a terminalidade e interpretando a recusa em acrescentar medidas como eutanásia, a despeito de repetidas tentativas de esclarecimento; nos dois outros houve alegação de quebra de confiança, motivada, segundo expressão dos familiares, por conflito de informações entre diferentes médicos.

Mas apenas uma pequena minoria de nossos casos se justifica por pressão familiar por acrescentar medidas de suporte avançado. A maioria

aparece como tendo origem nas condutas médicas. A impressão é de que nesses casos, os médicos responsáveis pelo cuidado faltaram em considerar o prognóstico e permitiram que medidas de suporte fossem acrescentadas de forma “automática”, diante das insuficiências orgânicas que eram desenvolvidas pelos pacientes. Na ausência de ponderações sobre o prognóstico, faltava, em consequência, disponibilidade para conversar com familiares sobre limitação ou retirada de medidas de suporte e os pacientes, vítimas de tratamentos fúteis, dispendiosos e potencialmente causadores de sofrimento, seguiam na UTI sem a possibilidade de oferta de cuidados paliativos. Em um caso, identificamos obstinação contrária à diretiva de um paciente que, juntamente com seus familiares, já havia sinalizado que não desejava ser internado na UTI.

A abordagem de famílias para discussões de fim de vida parece ser algo freqüentemente evitado tanto por médicos quanto pelos próprios entes dos pacientes. Um artigo muito citado é o de QUILL (2000), que tenta ilustrar as dificuldades em iniciar e desenvolver uma conversa sobre terminalidade através de relatos clínicos. A demanda por uma maior comunicação em situações de fim de vida tem motivado diversos estudos sobre conferências familiares. Vários estudos já demonstraram que a comunicação tem impacto sobre a evolução do paciente e do luto das famílias (PRENDERGAST et al. 1998, CURTIS et al. 2001, VAN DER HEIDE et al. 2003, AZOULAY et al. 2005). Todo um corpo de conhecimento permite o ensino de estratégias e técnicas para melhorar a comunicação (SCHEUNEMANN et al. 2011).

Nosso estudo reforça a impressão de que situações de futilidade e

obstinação no cuidado de pacientes oncológicos em fim de vida está associado fundamentalmente a falta de atitude proativa em considerar a morte como possível desfecho da internação e, como consequência, a falta de comunicação com o paciente e suas famílias, bem como a consulta com o especialista em cuidados paliativos.

A presença desse especialista, de acordo com nossos resultados, diminui significativamente o risco de cuidado fútil ou obstinado. Um estudo prospectivo (CAMPBELL e GUZMAN 2003) com portadores de encefalopatia anóxica conclui que há uma redução no dispêndio de cuidado fútil e morte prolongada nos casos em que o especialista em cuidados paliativos foi acionado.

O estudo de RADY e JOHNSON (2004) aponta para uma falta de oferta de cuidado paliativo para os pacientes falecidos na UTI, em contraposição aos pacientes falecidos em enfermarias, para os quais esse cuidado teria sido oferecido com frequência significativamente maior. MACK et al. (2010) estudando pacientes oncológicos, demonstrou maior probabilidade de os pacientes receberem um cuidado compatível com suas preferências quando lhes é dada a oportunidade de discutir suas diretivas com um médico.

Um dado interessante de nosso estudo é que sugere que em casos de neoplasia hematológica há uma maior probabilidade de obstinação. Uma hipótese que aventamos para justificar esse achado é a de que nesses pacientes quase sempre existe uma possibilidade teórica de tratamento adicional, pela presença do “último recurso”, que é o transplante de medula

óssea. As complicações críticas das doenças e de seus tratamentos também sempre induzem a uma idéia de reversibilidade “teórica”, pois se tratam de septicemia ou insuficiência respiratória com infiltrado pulmonar, nas quais há relatos de sobreviventes.

Quando, em contrapartida, estamos diante de tumores sólidos, a presença de doença metastática avançada e o esgotamento de possibilidades de tratamento, talvez fique mais fácil reconhecer que chegou a hora de considerar fim de vida e palição.

Acreditamos que este estudo tem um impacto clínico relevante - o de demonstrar a necessidade do acompanhamento de um grupo especializado em cuidados paliativos para todos os pacientes terminais e que pacientes com tumor hematológico devem ser mais vigiados para não sofrerem obstinação terapêutica. Acreditamos que é importante praticar a medicina oncológica com um olhar diferenciado, onde cuidados paliativos acompanhados por uma equipe especializada sejam iniciados tão logo surja a doença.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo concluimos que em pacientes fora de possibilidade de tratamento curativo do tumor, a falta de acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos e o fato do tumor ser hematológico predispõem estes pacientes a sofrerem obstinação terapêutica.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. **Am J Respir Crit Care Med** 2005; 171:987-94.

Azoulay E, Metnitz B, Sprung CL, et al. End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. **Intensive Care Med** 2009; 35:623-30.

Bitencourt AGV, Dantas MP, Cerqueira FB, et al. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva** 2007; 19:137-43.

Brentani H, Nakano EY, Martins CB, Izbicki R, Pereira CA. Disequilibrium coefficient: a bayesian perspective. **Stat Appl Genet Mol Biol** 2011; 10:1.

Burns JP, Truog RD. Futility: a concept in evolution. **Chest** 2007; 132:1987-93.

Campbell ML, Guzman JA. Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. **Chest** 2003; 123:266-71.

Caralis PV, Hammond JS. Attitudes of medical students, housestaff, and faculty physicians toward euthanasia and termination of life-sustaining treatment. **Crit Care Med** 1992; 20:683-90.

Conselho Regional de Medicina. Resolução CFM Nº 1.805/2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 nov 2006. Seção 1, p.169.

Cook DJ, Giacomini M, Johnson N, Willms D. Life support in the intensive care unit: a qualitative investigation of technological purposes. **CMAJ** 1999; 161:1109-13.

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:N26-N33.

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; 357:9-14.

Forte DN. **Atitudes médicas frente a decisões envolvendo potencial fim de vida na unidade de terapia intensiva: análises descritiva, comparativa e de fatores associados.** São Paulo; 2010. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Fortes PAC. A Prevenção da distanásia nas Legislações Brasileira e francesa. **Rev Assoc Med Bras** 2007; 53:189-207.

Gerstel E, Engelberg RA, Koepsell T, Curtis JR. Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction. **Am J Respir Crit Care Med** 2008; 178:798-804.

Goldim JR, Frascisconi CF. **Problemas de fim de vida: paciente terminal, morte e morrer.** 2003. Disponível em: <URL:<http://www.ufrgs.br/bioetica/morteres.htm>> [2011 jan 2].

Goldim JR. **Eutanásia.** 2004. Disponível em: <URL:<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>> [2011 jul 2].

Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. **Chest** 2008; 133:704-12.

Hinkka H, Kosunen E, Metsänoja R, Lammi UK, Kellokumpu-Lehtinen P. Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care. **J Med Ethics** 2002; 28:109-14.

Jensen HI, Ammentorp J, Ording H. Withholding or withdrawing therapy in Danish regional ICUs: frequency, patient characteristics and decision process. **Acta Anaesthesiol Scand** 2011; 55:344-51.

Kasman DL. When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. **J Gen Intern Med** 2004; 19:1053-6.

Kranidiotis G, Gerovasili V, Tasoulis A, et al. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. **Crit Care** 2010; 14:R228.

Lang F, Quill T. Making decisions with families at the end of life. **Am Fam Physicians** 2004; 70:719-23.

Lima C. "High Tech" medicine, excessive therapy and undignified death. **Medicina Interna** 2006; 13:79-82.

Löfmark R, Nilstun T. Conditions and consequences of medical futility--from a literature review to a clinical model. **J Med Ethics**. 2002; 28:115-9.

Luce JM, White DB. The pressure to withhold or withdraw life-sustaining therapy from critically ill patients in the United States. **Am J Respir Crit Care Med** 2007; 175:1104-8.

Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. **Crit Care Clin** 2009; 25:221-37, x.

Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. **J Clin Oncol** 2010; 28:1203-8.

Meisel A, Snyder L, Quill T; American College of Physicians--American Society of Internal Medicine End-of-Life Care Consensus Panel. Seven legal barriers to end-of-life care: myths, realities, and grains of truth. **JAMA** 2000; 284:2495-501.

Monteiro F. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica da alta tecnologia em medicina intensiva. **Rev Port Pneumol** 2006; 7:281-91.

Moreira EC, Biehl JG. Práticas médicas de aceitação da morte na UTI de um hospital geral no nordeste do Brasil. **Bioética** 2004; 12:19-30.

[NIH]. National Institutes of Health. **State-of-the-science conference statement**. 2004. Available from: <URL:http://www.nih.gov/>. [2011 apr 10].

Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. **Rev Bioética** 2004; 12:39-60.

Pessini L. **Viver com dignidade a própria morte: reexame da contribuição da ética teológica no atual debate sobre a distanásia**. São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado-Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção].

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.

Quill TE. Initiating End-of-Life Discussions with Seriously Ill Patients. **JAMA** 2000; 284:2502-7.

Rady MY, Johnson DJ. Admission to intensive care unit at the end-of-life: is it an informed decision? **Palliat Med** 2004; 18:705-11.

Reynolds S, Cooper AB, McKneally M. Withdrawing life-sustaining treatment: ethical considerations. **Surg Clin North Am** 2007; 87:919-36, viii.

Rydvall A, Lynøe N. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: a comparative study of the ethical reasoning of physicians and the general public. **Crit Care** 2008; 12:R13.

São Paulo (Estado). Lei Estadual nº 10.241, de março de 1999. Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, n. 51, 18 mar. 1999. Seção 1, p.1.

Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC. Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. **Chest** 2011; 139:543-54.

Schildmann J, Vollmann J. Treatment decisions in advanced cancer. An empirical-ethical study on physicians' criteria and the process of decision making. **Dtsch Med Wochenschr** 2010; 135:2230-4.

Schramm FR. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Um ponto de vista bioético sobre a questão. **Rev Bras Cancerologia** 2008; 54:417-20.

Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. **JAMA** 2003; 290:790-7.

Urban CA, Hoepers R, Silva IM, Junior RAA. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. **Rev Ass Med Brasil** 2001; 47:244-8.

Van Der Heide A, Deliens L, Faisst K, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. **Lancet** 2003; 362:345-350.

Vane MF, Posso IP. Opinião dos médicos das unidades de terapia intensiva do complexo Hospital das Clínicas sobre a ortotanásia. **Rev Dor** 2011; 12:39-45.

Zier LS, Burack JH, Micco G, Chipman AK, Frank JA, White DB. Surrogate decision makers' responses to physicians' predictions of medical futility. **Chest** 2009; 136:110-7.

Zubek L, Szabó L, Gál J, Ollos A, Elo G. Practice of treatment restriction in Hungarian intensive care units. **Orv Hetil** 2010; 151:1530-6.