

ROBERTO GONÇALVES DE FARIA JÚNIOR

O PERFIL DA EQUIPE MÉDICA DE UMA UTI PEDIÁTRICA DE BRASÍLIA QUANTO AO  
CONHECIMENTO DE LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Brasília - DF

2017

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

ROBERTO GONÇALVES DE FARIA JÚNIOR

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

O PERFIL DA EQUIPE MÉDICA DE UMA UTI PEDIÁTRICA DE BRASÍLIA QUANTO AO  
CONHECIMENTO DE LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a conclusão da  
Residência Médica em Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Materno Infantil  
de Brasília, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Orientadora: Ana Paula de Almeida Plácido Lima

Brasília - DF

2017

ROBERTO GONÇALVES DE FARIA JÚNIOR

O PERFIL DA EQUIPE MÉDICA DE UMA UTI PEDIÁTRICA DE BRASÍLIA QUANTO AO  
CONHECIMENTO DE LIMITAÇÃO DE SUPORTE DE VIDA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a conclusão da Residência Médica em Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2017

BANCA EXAMINADORA

---

Orientadora: Ana Paula de Almeida Plácido Lima

---

1º Avaliador -

---

2º Avaliador -

FARIA JÚNIOR, R. G. de. O perfil da equipe médica de uma UTI pediátrica de Brasília quanto ao conhecimento de Limitação de Suporte de Vida. Brasília, 2017.

Orientadora: Ana Paula de Almeida Plácido Lima

Dissertação apresentada como requisito parcial para a conclusão da Residência Médica em Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

1. Limitação de suporte de vida. 2. Cuidados Paliativos. 3. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. 4. Eutanásia. I. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. II. Perfil da equipe médica de uma UTI pediátrica de Brasília quanto ao conhecimento de Limitação de Suporte de Vida.

## RESUMO

**Introdução:** A melhor assistência dentro das Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIPs) ao longo dos últimos anos modificou o padrão de mortalidade, sendo atualmente muito frequente crianças com quadros crônicos. O contexto da morte era aceito de forma mais natural, contrastando com o cenário cada vez mais comum onde sofisticadas tecnologias de suporte artificial de vida, muitas vezes utilizadas de maneira indiscriminada, podem redundar em obstinação terapêutica. A limitação de suporte de vida (LSV), conjunto de medidas que visam evitar processos de morte prolongados e dolorosos, ainda não tem recebido a devida importância na prática, podendo ser um reflexo da deficiência de sua abordagem durante a formação dos profissionais.

**Objetivos:** Identificar o perfil da equipe médica de uma UTIP de Brasília-DF quanto ao conhecimento de LSV.

**Métodos:** O estudo, transversal, descritivo, foi realizado em Brasília-DF, na UTIP do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). Os médicos foram entrevistados em setembro e outubro de 2016. As entrevistas foram transcritas na íntegra e os resultados foram agrupados em variáveis categóricas, analisadas através de proporções. As diferenças nas proporções foram comparadas através do teste qui-quadrado, considerando significância estatística quando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Um total de 17 médicos, ou seja, 68% da equipe médica foram submetidos à entrevista. Dos entrevistados, 70% souberam definir LSV, mas as definições de eutanásia e suas derivações foram heterogêneas. As principais categorias levantadas pelos médicos, como fatores facilitadores da implementação de LSV: a necessidade de capacitação da equipe, instituição de protocolos, criação de uma equipe de cuidados paliativos e comunicação com a família. As categorias que dificultam a prática de LSV: o desconhecimento da equipe, o perfil religioso e cultural, receio de processos judiciais e a ligação com o paciente. As diferenças nas proporções das categorias foram comparadas através do teste qui-quadrado, não houve significância estatística.

**Conclusão:** Apesar de a maioria dos médicos ter demonstrado o conhecimento sobre LSV, muitos pormenores ainda não tem definições solidificadas (eutanásia e suas derivações) ou até e receberam contextualização errônea

(como no caso de morte encefálica). É notória a necessidade da inserção do tema nas grades curriculares, não só durante a formação como médico mas como especialistas em pediatria e terapia intensiva pediátrica, através de uma educação continuada, para que o conhecimento seja construído e solidificado, capacitando adequadamente profissionais. A Bioética é um instrumento fundamental para a capacitação destes profissionais nas tomadas de decisões.

Palavras-chave: 1. Limitação de Suporte de Vida. 2. Cuidados paliativos. 3. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. 4. Bioética. 5. Eutanásia. 6. Distanásia. 7. Ortotanásia. 8. Mistanásia

## SUMMARY

**Introduction:** The best care within the Pediatric Intensive Care Units (PICU) over the last few years has changed the mortality pattern, and children with chronic conditions are very frequent. The context of death was more naturally accepted, contrasting with the increasingly common scenario where sophisticated artificial life support technologies, often indiscriminately used, can lead to therapeutic obstinacy. End-of-life (EOL) care, a set of measures aimed at avoiding prolonged and painful death processes, has not yet received due importance in practice, and may be a reflection of the deficiency of its approach during the training of professionals.

**Objectives:** To identify the profile of the medical team of a PICU of Brasília-DF regarding the knowledge of LSV.

**Methods:** The cross-sectional, descriptive study was carried out in Brasília-DF, at the PICU of the Maternal and Pediatric Hospital of Brasília. The physicians were interviewed in September and October 2016. The interviews were transcribed in their entirety and the results were grouped into categorical variables, analyzed by proportions. Differences in proportions were compared using the chi-square test, considering statistical significance when  $p < 0.05$ .

**Results:** A total of 17 physicians, or 68% of the medical team, were submitted to the interview. Of the interviewees, 70% knew how to define EOL care but the definitions of euthanasia and its derivations were heterogeneous. The main categories raised by the physician, as facilitators of the implementation of EOL care: the need for staff training, protocols, creation of a palliative care team and communication with the family. The categories that make it difficult to practice EOL care: lack of knowledge of the team, religious and cultural profile, fear of legal proceedings and connection with the patient. The differences in the proportions of the categories were compared through the chi-square test, there was no statistical significance.

**Conclusion:** Although most physicians have demonstrated knowledge about EOL care, many details still do not have solidified definitions (euthanasia and its derivations) or even and have received erroneous contextualization (as in

the case of brain death). It is clear that it is necessary to insert the subject in the curriculum, not only during training but also as specialists in pediatrics and pediatric intensive care, through a continuing education, so that knowledge is built and solidified, adequately training professionals. Bioethics is a fundamental instrument for training these professionals in decision making.

Keywords: 1. End-of-life care. 2. Palliative care. 3. Pediatric Intensive Care Unit. 4. Bioethics. 5. Euthanasia. 6. Dysthanasia. 7. Orthotanasia. 8. Mistanasia

## 1. Introdução

O progresso da medicina nas últimas décadas proporcionou vários benefícios à saúde, entre eles a erradicação e controle de doenças infectocontagiosas, a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida <sup>1</sup>.

Para grande parcela da população a internação na UTI ainda representa uma condição de ameaça iminente à vida. Entretanto, com melhorias da assistência dentro das UTIs pediátricas ao longo dos últimos anos, associada à utilização da tecnologia, o padrão da mortalidade destes pacientes sofreu uma drástica alteração <sup>2</sup>, antes ocupadas principalmente por pacientes com doenças agudas, hoje as UTIPs recebem cada vez mais crianças com quadros crônicos <sup>3</sup>.

Vários fatores contribuíram para alteração deste perfil das crianças internadas nas UTIPs, dentre os quais: o aumento das taxas de sobrevivência dos pacientes críticos, um maior domínio sobre doenças críticas, melhor assistência no pós-operatório, evolução das práticas na cirurgia cardíaca, maior especialização das UTIs e os avanços tecnológicos <sup>1</sup>. Assim, médicos e pacientes convivem nas unidades de terapia intensiva com sofisticadas tecnologias de suporte artificial de vida por vezes utilizados de maneira indiscriminada, podendo redundar em obstinação terapêutica <sup>1</sup>.

A utilização da tecnologia no ambiente de UTI traz um grande fascínio a princípio, com uma impressão de realização profissional. Em contrapartida, sua utilização levanta críticas quando se percebe que muitos sobrevivem com uma grande quantidade de seqüelas, nem chegam a sobreviver ou ainda tem o processo de morte prolongado <sup>4</sup>.

A limitação de suporte de vida (LSV) é definida como uma maneira de evitar processos de mortes prolongados e dolorosos e, desta forma, combater o uso indiscriminado da tecnologia no âmbito da Terapia Intensiva. O termo LSV compreende a ordem de não reanimar (ONR), a ordem de retirada de oferta (ORO) e a ordem de não oferta (ONO). A LSV está diretamente relacionada com questões de organização de serviços, formação de recursos

humanos e financiamento em saúde, sendo de grande importância no campo da Saúde Pública <sup>5</sup>.

Eutanásia significa, etimologicamente, “eu” significa bem e “thánatos” morte, o que confere a palavra eutanásia o sentido de morte calma, morte sem dor ou boa morte. Em meados do século XX o termo se desvirtua carregado de preconceitos, alguns ainda presentes. Esta alteração aconteceu como resultado das políticas públicas do governo nazista realizadas na década de 40 que tinham por objetivo a eliminação de vidas que “não valiam a pena ser vividas”. Esta “higienização social” acabou por influenciar negativamente a opinião pública sobre o termo que passou a ser condenável em qualquer circunstância.

A eutanásia pode ser compreendida como um ato de provocar a morte sem sofrimento do paciente. O prolongamento exagerado do processo da morte de um paciente numa abordagem terapêutica inútil, que não permite o desfecho da vida, associado ao sofrimento, é considerado distanásia. Está relacionado à manutenção da vida de modo artificial com a utilização de tratamentos desproporcionais, ou seja, obstinação terapêutica. A morte em seu tempo certo, quer dizer, sem sofrimento (distanásia) e sem abreviação da vida (eutanásia) é referente à ortotanásia. A mistanásia vem sendo utilizada para descrever o processo de morrer doloroso fora e antes do tempo certo. Enquadra-se em situações como a falta de condições mínimas de vida <sup>5</sup>.

A LSV é aplicada em pacientes em situações de terminalidade. A definição de um paciente terminal deve ser instituída após um consenso entre a equipe médica, equipe multidisciplinar e, em seguida, a informação do diagnóstico de irreversibilidade para a família do paciente, no caso de crianças <sup>7</sup>. Existe certa dificuldade em se determinar o que é um paciente em fase terminal mas talvez o maior problema não seja, necessariamente, reconhecer o estado terminal, e sim objetivá-lo ou admitir que novas terapias não vão beneficiar o doente <sup>6</sup>.

Os cuidados de final de vida de pacientes terminais passam por quatro etapas que devem ser seguidas em ordem. Na primeira etapa, é buscado o consenso entre a própria equipe assistencial sobre a irreversibilidade do quadro, só após a decisão consensual que se passa para a segunda fase, que é

a comunicação para a família. Geralmente, em UTIP, a família escolhe o profissional que tem maior proximidade com o paciente. Na terceira etapa é planejada, junto à família, a estratégia de final de vida. Nesta fase são definidas as LSV e as condutas que visem o conforto do paciente. Na quarta etapa, as metas escolhidas pela família junto com a equipe médica são aplicadas <sup>7</sup>.

Grande parte dos profissionais desconhece o processo de LSV incluindo os protocolos existentes sobre o tema, assim como as ferramentas da Bioética que poderiam auxiliá-los na resolução destes conflitos, baseando suas argumentações éticas <sup>5</sup>. Nota-se a necessidade de se desenvolver protocolos para a melhoria da formação médica nos cursos de graduação e especializações quanto aos cuidados de fim de vida.

A abordagem da bioética, cuja aplicação favorece a solução de dilemas éticos, pode ser notada como um norteador na tomada de decisões, como fundamentos da moralidade na tradição médica. Portanto tal abordagem foi escolhida como referencial teórico deste trabalho (os quatro princípios defendidos por Beauchamp e Childress: Respeito à Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça) <sup>8</sup>.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo Geral:

- Identificar o perfil do médico intensivista pediátrico da UTI Pediátrica do Hospital Materno Infantil de Brasília e seus conhecimentos sobre LSV.

### 2.2. Objetivos específicos:

- Analisar os conhecimentos em relação à LSV e as definições sobre eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia

- Averiguar se houve experiência como profissional médico na implementação de LSV.

- Verificar se houve abordagem durante a formação médica, pediátrica e intensivista sobre LSV.

- Identificar as dificuldades de implementar LSV.

- Identificar as possíveis soluções que facilitem a prática médica em LSV.

- Avaliar a opinião do entrevistado sobre a importância do registro no prontuário sobre LSV.

- Analisar o conhecimento do médico sobre a participação da família na tomada de decisões conjunta em LSV.

### 3. Métodos

O estudo foi do tipo transversal, descritivo-exploratório, realizado em Brasília-DF, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), que conta com 16 leitos para atender às necessidades da população pediátrica com faixa etária variando de 29 dias até 13 anos 11 meses e 29 dias, de perfil clínico e cirúrgico. O serviço conta com uma equipe assistencial multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista e técnicos de enfermagem). A equipe médica é composta por 25 profissionais.

Através de um formulário semi-estruturado (anexo 1) foram obtidos dados demográficos. Este consiste de uma primeira parte com dados gerais de identificação (formação acadêmica e atuação profissional), seguido de questões abertas sobre a prática médica e suas opiniões em relação à LSV. Todos os participante, voluntariamente, assinaram o termo de consentimento (anexo 2), tendo sido garantido o sigilo e especificados os objetivos, métodos, benefícios e riscos da pesquisa. A aquisição de dados se deu no período de setembro e outubro de 2016, de acordo com a disponibilidade do entrevistado (amostra de conveniência) e dentro da unidade de trabalho, de tal forma que não houvesse interrupções. As entrevistas duraram em média 17 minutos, gravadas, em seguida degravadas na íntegra.

As entrevistas foram conduzidas de forma livre, sem sugestão de definições ou categorias. Quando questionados sobre os fatores facilitadores e os dificultadores não houve sugestão/indução por parte do entrevistador, sendo o entrevistado quem fornecia todas as informações. Em perguntas sobre a experiência, o entrevistador sugeriu que o entrevistado falasse sobre os conflitos e a posição da equipe na tomada das decisões. Ao questionar sobre os registros no prontuário, foram investigados a necessidade, quem e como deveriam ser realizados.

Para considerar uma definição completa de LSV foi utilizada a referência fundamentada contida na introdução. O mesmo foi aplicado para os termos eutanásia, distanásia, ortotanásia, mistanásia.

Durante a entrevista não foi levada em consideração a religião do entrevistado. Foi questionada, de forma aberta, qual a importância da família do paciente num contexto de LSV.

Para a metodologia de análise dos dados foram aplicadas técnicas estatísticas para avaliar a relação entre os diversos fatores e LSV <sup>9</sup>. O software utilizado para a criação e análise do banco de dados foi o Free R 2014, programa gratuito de análises estatísticas <sup>10</sup>. As questões com respostas subjetivas foram submetidas à análise de conteúdo comparando-as com as definições das referências fundamentadas. As diferenças nas proporções foram comparadas através do teste qui-quadrado, considerando significância estatística quando  $p < 0,05$ .

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), através do protocolo 61144216.9.0000.5553 está de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 de outubro de 1996, que regula os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

#### 4. Resultados e Discussão

Para este trabalho 17 médicos foram entrevistados (68%), sendo 2 médicos encarregados da rotina médica e 1 sendo coordenador da unidade. Destes, 13 são do sexo feminino e 4 são do sexo masculino, com idade variando entre 30 e 55 anos (Tabela 1).

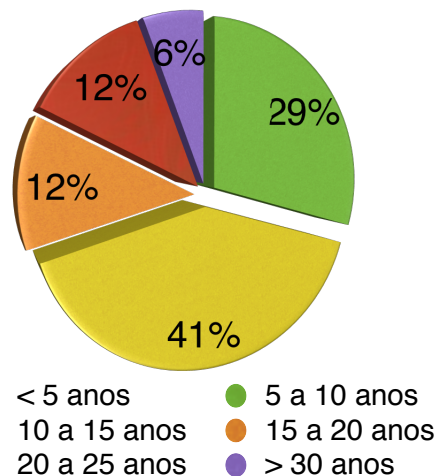
Tabela 1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Idade	n	%	Sexo	n	%	Estado Civil	n	%
30 a 40	9	53	Masc.	4	24	Solteiro	3	18
41 a 50	6	35	Fem.	13	76	Casado /União Estável	12	70
51 a 60	2	12				Divorciado	2	12

N total = 17

Quanto ao tempo de graduação, nenhum médico se formou há menos de 5 anos, 5 médicos são formados entre 5 e 10 anos, 7 médicos entre 10 e 15 anos, 2 entre 15 e 20 anos, 2 entre 20 e 25 anos e 1 há mais de 30 anos (gráfico 01).

Gráfico 1. Tempo de Formado



Em relação à quantidade de unidades em que o entrevistado trabalha, 5 médicos disseram trabalhar em apenas 1 unidade (UTIP do HMIB), 11 trabalham em 2 e 1 médico trabalha em 3 unidades. Dos médicos que trabalham em mais de uma unidade, 7 disseram também trabalhar em unidades privadas e 6 responderam trabalhar também em unidades de suporte intensivo neonatal.

Quanto à graduação, 15 se formaram em faculdades públicas, 2 em instituições privadas. Os médicos são procedentes: 8 são do Centro-Oeste, 6 do Sudeste e 3 da região Nordeste (Tabela 2). Todos fizeram residência médica em Pediatria e apenas 1 médico não fez residência médica em Terapia Intensiva Pediátrica.

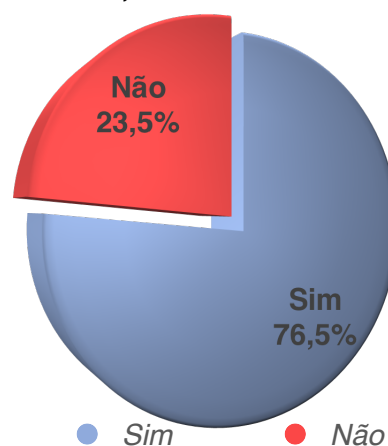
Tabela 2- Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Nº de UTI	n	%	Formação	n	%	Procedência	n	%
1	5	29	Pública	15	88	Centro-Oeste	8	47
2	11	65	Privada	2	12	Sudeste	6	35
3	1	6				Nordeste	3	18

N total = 17

Este aumento de profissionais especializados em Terapia Intensiva Pediátrica reflete o aumento do número de vagas oferecidas em programas de residência médica, nos últimos 20 anos <sup>5</sup>. Treze médicos possuem aprovação na prova de Título de Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica (gráfico 2). Quatro médicos possuem outra formação, outra especialização ou mestrado sendo eles: nutrição clínica, cardiologia pediátrica, teologia e mestrado em medicina tropical.

Gráfico 2. Possuem TETIP



Não foi possível entrevistar 8 profissionais do quadro médico da UTIP. Houve perda de entrevistados por motivos de licenças, férias, intercorrências na unidade no momento da entrevista e incompatibilidade de escala durante o período de coleta de dados.

No tocante dos objetivos específicos do trabalho, sobre definições, temos como referência que LSV é uma maneira de se evitar a distanásia e, desta forma, combater o uso indiscriminado da tecnologia, compreendendo um conjunto de ações como ONR, ORO e ONO <sup>2</sup>. Estudos mostram que mais de 70% das mortes em UTIP são precedidas de alguma medida de Limitação do Suporte de Vida <sup>11</sup>. Dos 17 médicos, 70% (12) definiram o que é LSV, embora não de forma completa e 30% (5) não sabiam exatamente do que se tratava o termo ou tinham noção inespecífica ou não sabiam em que situações a LSV não é cabível. Seguem partes dos depoimentos.

- *“Se pensarmos na definição... que você não vai colocar mais nada, então não você deveria colocar oxigênio. Mas se oferecer... Dessa forma você não está prolongando? Você está dando conforto ou você está prolongando? É difícil essa definição.”*

- *“O que eventualmente gera mais conflitos são ambigüidades específicas. A riqueza e a complexidade do caso em si que fazem com que as decisões não*

*sejam simples, elas não são binárias. Elas não são sim/não. Existe uma zona que é cinzenta.”*

- *“É muito conflitante. Não está muito claro o que é viável e o que não é. Até que ponto eu atingi o limite terapêutico e até que ponto eu não atingi?”*
- *“É quando não há mais medidas terapêuticas para salvar a vida do paciente. Quando já esgotamos todas as medidas possíveis.”*
- *“Então, é aquela questão dos cuidados paliativos né? São sinônimos. Dar só condições de conforto para o paciente.”*

Foi possível notar que 11,7% (2) dos médicos espontaneamente citaram a morte cerebral como uma situação para aplicar LSV. Entretanto, a LSV é um conjunto de medidas a ser aplicado apenas em pacientes terminais, em hipótese alguma em contextos de diagnósticos de morte já estabelecidos. Estes achados podem ser considerados reflexos do desconhecimento sobre conceitos. Seguem partes dos depoimentos.

- *“Retirar alguma coisa que já está sendo feita, isso eu não percebo como limitação de suporte de vida. Não percebo como respaldado para fazer. A única certeza que existe, com relação à limitação do suporte de vida é quando é morte encefálica, essa não há a menor dúvida.”*
- *“Na residência tive muito mais em morte encefálica.”*

Em relação a definição de eutanásia, 88,2% (15) definiram o termo. Achado idêntico 88,2% (15) em relação à distanásia. Os médicos tiveram mais dificuldades nos termos como ortotanásia e mistanásia, com 52,9% (9) e 11,7% (2), respectivamente.

Todos os médicos, sem exceção, afirmaram que a opinião familiar na decisão é muito importante. Contudo, ao serem questionados sobre as categorias facilitadoras para implementar LSV, apenas 30% (5) levantaram a categoria de que é necessário haver melhora na comunicação com os responsáveis pela criança. Durante a entrevista surgiram alguns conflitos:

- *“Nós como médicos podemos ter uma capacidade muito grande de manipular. Eu falo o que eu quero falar. Eu manipulo a família da forma que eu quero, porque sabemos que temos esse poder.”*

Talvez seja um reflexo da ideia de que as decisões partem do médico para a família, sem antes mesmo de ter sido discutido em equipe, ao contrário do que é preconizado na literatura (conforme as 4 etapas citadas) <sup>7</sup>. Estudos enfatizam que o consenso de terminalidade deva existir inicialmente dentro da equipe para depois ser discutido com a família <sup>5;12</sup>.

Apesar de não ter sido objetivo no trabalho avaliar a percepção da criança quanto à doença ou à tomada de decisões, é importante considerar que a capacidade de compreender se inicia normalmente aos seis anos de idade e tende a amadurecer progressivamente <sup>13</sup>.

Em abril de 2000 foi redigida a Declaração de Mônaco que traz uma série de considerações em respeito à proteção dos direitos das crianças. Nesta declaração, as crianças devem participar na tomada de decisões relativas à sua saúde de maneira crescente conforme o desenvolvimento de sua autonomia, cabendo aos pais aceitar esta necessidade <sup>14</sup>.

No Brasil, o direito à liberdade de expressão é garantido pelos artigos 15 e 16 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Desta forma, as crianças e, especialmente, os adolescentes deveriam ser mais informados sobre seus diagnósticos <sup>15</sup>.

A falta de abordagem durante a formação acadêmica, trazendo a morte como sinônimo de fracasso faz com que o registro médico sobre LSV reflita a prova escrita desta fraqueza <sup>5</sup>. Quase todos responderam que o registro no prontuário deve ser realizado. Apenas 1 médico relatou que não faria o registro se justificando por incerteza em indicar uma ONR ou ONO para a criança, do ponto de vista legal. Destes 94% (16) que o fariam, 87,5% (14) acham importante dar detalhes como: profissionais presentes na discussão do caso, conversas detalhadas com a família, condutas que não estão indicados para o caso, explicitando todas as ordens (ONR, ONO, ORO); 12,5% (2) fariam isso de uma forma mais objetiva e sucinta, sem fornecer pormenores. Segue parte dos depoimentos.

*- “Mas eu não sei, eu não colocaria que a mãe disse para não reanimar se o paciente parar. Neste momento eu não colocaria. Eu só iria descrevendo mesmo: foi feito isso, porém o paciente não respondeu e evolui com piora progressiva e com falência e os pais estão cientes da gravidade do caso.”*

A equipe divide opiniões quando questionada sobre quem deveria realizar o registro: 37,5% (6) opinaram que deve haver um registro do médico horizontal além dos outros (do plantonista ou do residente); 31% (5) disseram que qualquer médico o deve fazer (plantonista, horizontal ou residente); 31% (5) não opinaram sobre quem deveria fazer o registro.

Apesar de a grande maioria relatar ser importante o registro no prontuário ainda nota-se o receio de fazê-lo, sendo a falta de amparo legal o motivo que dificulta a abordagem de LSV, dado presente também na literatura <sup>11</sup>. Estudos mostram que mais de 70% das crianças que não foram reanimadas durante a parada cardiorespiratória tiveram registro contrário em seus prontuários, ou seja, com a afirmação de que foram realizadas manobras de ressuscitação <sup>16</sup>. Esta falta de concordância pode refletir o medo dos profissionais em infringir o artigo 135 do Código Penal Brasileiro que penaliza a omissão de socorro <sup>11</sup>, o que não deveria ser aplicada à situação, pelo fato do estado de terminalidade não representar uma situação onde a morte possa ser prevenida.

O CFM criou a Resolução nº 1.805/2006, que trata de critérios para a prática da ortotanásia. A Resolução teve seu pedido de nulidade pelo Ministério Público Federal em seguida. Entretanto, uma sentença onde considera improcedente tal pedido colocou um ponto final, em Dezembro de 2010. Portanto a ortotanásia foi regulamentada no Brasil, o que torna este receio infundado. As famílias devem ter conhecimento de toda a situação e devem participar do planejamento terapêutico, bem como o paciente, quando possível.

**Tabela 3- Fatores que dificultam aplicar LSV**

Categoria	Variável	Grupo A		Grupo B			Qui-Quadrado	p-valor	
Dificultam LSV	Perfil Cultural ou Religioso	Sim	9	75%	Sim	5	100%	1,51	0,52
	Desconhecimento ou Falta de capacitação	Sim	11	91,7%	Sim	5	100%	0,44	1
	Emoção/Apego com paciente	Sim	02	16,7%	Sim	3	60%	3,19	0,11
	Processos Judiciais	Sim	06	50%	Sim	2	40%	0,14	1
Total		12		5					

Grupo A: Médicos que souberam definir LSV

Grupo B: Médicos que não souberam definir LSV

Para detalhar o perfil da aplicação de LSV na unidade entrevistada, foram criadas categorias (dificultadoras e facilitadoras), sendo todas elas levantadas espontaneamente pelos entrevistados e não sugeridas pelo entrevistador. Em seguida, os médicos foram divididos em 2 grupos, grupo A

(definiram LSV) e grupo B (não definiram LSV). No que diz respeito às variáveis de dificuldade em aplicar a LSV (Tabela 3), 75% (9) apontaram a questão cultural/religiosa como uma dificuldade no grupo A. No grupo B, essa dificuldade foi referida por 100%. Nota-se ainda que o desconhecimento e a falta de capacitação como fator dificultador em 91,7% (11) dos entrevistados do grupo A e em 100% (5) do grupo B. A categoria “emoção e apego com paciente” foi levantada por 60% por médicos do grupo B.

No que diz respeito às facilidades (Tabela 4), 100% (12) dos médicos do grupo A apontaram a capacitação da equipe como fator primordial para que seja implementada com menos atritos. Apesar de ser visto no discurso a valorização da família, este fator foi levantado apenas por 25% (3). Apontaram também, em 25% (3), que uma equipe de cuidados paliativos é necessária para a educação continuada. A instituição de protocolos dividiu o grupo, 50% (6) citaram o benefício com protocolos.

**Tabela 4-Fatores que facilitam aplicar LSV**

Categoria	Variável	Grupo A		Grupo B		Qui-Quadrado	p-valor		
Facilitam LSV	Capacitação da equipe	Sim	12	100%	Sim	4	80%	2,55	0,29
	Instituir Protocolos	Sim	06	50%	Sim	1	20%	1,31	0,32
	Equipe de Cuidados Paliativos	Sim	03	25%	Sim	0	0%	1,51	0,51
	Comunicação com a família	Sim	03	25%	Sim	2	40%	0,38	0,61
Total			12			5			

Grupo A: Médicos que souberam definir LSV

Grupo B: Médicos que não souberam definir LSV

Entre os médicos do grupo B, 80% (4) levantaram a categoria de capacitação da equipe. Neste grupo, 40% (2) citaram a comunicação com a família, 20% (1) a instituição de protocolos como facilitadores de LSV. A criação de uma equipe de cuidados paliativos não foi mencionada.

Quando avaliamos a abordagem de temáticas como cuidados paliativos ou a própria LSV durante a formação do profissional (Tabela 5), as condições “estudante de medicina” ou “residente de pediatra” tiveram a maioria das

respostas negativas. Dos intensivistas do grupo A, nenhum relatou ter tido a contato específico durante sua vida acadêmica. Apenas 8,3% (1) referiu experiência durante sua formação como pediatra e 41,7% (5) tiveram durante a formação como intensivista.

Em contrapartida, dos 5 médicos do grupo B, nenhum teve contanto enquanto estudante de medicina, 20% (1) tiveram contato enquanto residente de pediatria e 80% (4) como residentes de UTI pediátrica .

**Tabela 5- Abordagem de LSV na formação acadêmica**

Categoria	Variável	Grupo A		Grupo B		Qui-Quadrado	p-valor		
Abordagem	Estudante de Medicina	Sim	0	0%	Sim	0	0%	-	-
		Não	12	100%	Não	5	100%		
	Residente de Pediatria	Sim	1	8,3%	Sim	1	20%	0,4	1
		Não	11	91,7%	Não	4	80%		
	Residente de Terapia Intensiva	Sim	5	41,7%	Sim	4	80%	2,08	0,27
		Não	7	58,3%	Não	1	20%		
Total		12		5					

Grupo A: Médicos que souberam definir LSV

Grupo B: Médicos que não souberam definir LSV

Os valores indicados acima apresentam que as hipóteses nulas de independência entre as variáveis não foi rejeitada. Não foi encontrada associação entre nenhuma das categorias e a definição de LSV (todos os  $P > 0,05$ ).

## 5. Conclusão

Apesar de a maioria dos médicos ter demonstrado o conhecimento sobre LSV, ao aprofundar-se no tema, muitos pormenores ainda não tem definições solidificadas, como os termos eutanásia e suas derivações e outros ainda são dignos de contextualização errônea, como no caso de morte encefálica. O registro no prontuário se mostra importante e o receio jurídico continua sendo uma entrave.

Não foi possível estabelecer relações estatisticamente significantes entre as categorias e o conhecimento de LSV. As entrevistas foram conduzidas de forma livre e não direcionadas perguntando cada uma das categorias. Desta maneira, o médico entrevistado não ter citado uma das categorias não expressa diretamente sua posição contrária ou favorável, o fato de não ter sido mencionada, de ter sido esquecida, pode denotar a superficialidade com a qual o assunto ainda é abordado.

Constatou-se o que a literatura traz quanto à deficiência da abordagem na formação médica.

A necessidade da inserção do tema nas grades curriculares é notória, não só durante a formação como médico mas como especialistas, através de uma educação continuada, para que o conhecimento seja construído e solidificado, capacitando adequadamente os profissionais.

## 6. Referências bibliográficas

1. LINHARES, D. G.; SIQUEIRA, J. E. de; PREVIDELLI, I. T. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Bioética*, [S.l.], v.21, n.2, p.291 - 297, 2013.
2. PARANHOS, G. K.; REGO, S. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. *Revista Bioética*, [S.l.], v.22, n.3, p.519 - 528, 2014.
3. MAZUTTI, S. R. G.; NASCIMENTO, A. de F.; FUMIS, R. R. L. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 28, n. 3, p. 294 - 300, Setembro 2016.
4. PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. R.; LAGO, P. M. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 23, n. 1, p. 78 - 86, 2011.
5. PARANHOS, G. K. Argumentação dos intensivistas pediátricos da Cidade do Rio de Janeiro sobre limitação do suporte de vida: uma análise bioética. 2011. 74 p. Dissertação (Ciências em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz.
6. GUTIERREZ, P. L. O QUE É O PACIENTE TERMINAL? *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 2, p. 85 - 109, 2001.
7. LAGO, P. M.; GARROS, D.; PIVA, J. P. Participação da Família no Processo Decisório de Limitação de Suporte de Vida: Paternalismo, Beneficência e Omissão. *RBTI*, v. 19, n. 3, p. 364 - 368 Julho 2007.
8. BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. *Princípios de Ética Biomédica*. (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.
9. MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. de O. *Estatística Básica* . 6. ed. Sao Paulo: Editora Saraiva, 2010.
10. FOUNDATION, T. R. *The R Project for Statistical Computing*. 2014. Disponível em: <<https://www.r-project.org>>.
11. GARROS, D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? *Jornal de Pediatria*, v. 79, n. 2, p. 243 - 254, 2003.

12. END-OF-LIFE Care and Decision-Making - Guidelines. Sidney: [s.n.], 2005.  
Disponível em: <[http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2005/pdf/GL2005\\_057.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2005/pdf/GL2005_057.pdf)>.
13. HIRSCHHEIMER, M. R.; CONSTANTINO, C. F.; OSELKA, G. W. Consentimento informado no atendimento pediátrico. *Rev Paul Pediatr*, v. 28, n. 2, p. 128 - 133, 2010.
14. SIMPÓSIO Internacional sobre a Bioética e os Direitos das Crianças. Declaração de Mônaco: Considerações sobre a Bioética e os Direitos da Criança. 2000. Disponível em: <<http://fmj.br/Pdfs/bioetica.pdf>>.
15. ESTATUTO da Criança e do Adolescente. Disposições constitucionais pertinentes: lei n 8069,13 de julho de 1990. Brasília: [s.n.], 2005.  
Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70318/64.pdf?sequence=3>>.
16. TORREÃO, L. A. et al. Ressuscitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário. *Jornal de Pediatria*, v. 76, n. 06, p. 433 - 433, 2000.
17. JOHNSON, L. et al. End-of-Life Care for Hospitalized Children. *Pediatric Clinics of North America*, v. 61, p. 835 - 854, 2014
18. BERLINGER, N.; BARFIELD, R.; FLEISCHMAN, A. R. Facing Persistent Challenges in Pediatric Decision- Making: New Hastings Center Guidelines. *Pediatrics*, v. 132, p. 789 - 791, November 2013
19. YOSHIDA, S. et al. A Comprehensive Study of the Distressing Experiences and Support Needs of Parents of Children with Intractable Cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology Advance Access*, p. 1 - 8, September 2014
20. ROBINSON, M. R.; THIEL, M. M.; BACKUS, M. M. Matters of Spirituality at the End of Life in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatrics*, v. 118, n. 3, p. 719 - 729, September 2006.
21. SELLERS, D. E. et al. Measuring the Quality of Dying and Death in the Pediatric Intensive Care Setting: The Clinician PICU-QODD. *Journal of Pain and Symptom Management*, p. 1 - 13, May 2014
22. DAVIES, B. et al. Barriers to Palliative Care for Children: Perceptions of Pediatric Health Care Providers. *Pediatrics*, v. 31, p. 282 - 288, July 2008.

- 23.LAGO, P. M. et al. Limitação de suporte de vida em três unidades de terapia intensiva pediátrica do sul do Brasil. *Jornal de Pediatria*, v. 81, n. 2, p. 111 - 117, 2005.
- 24.B. M. de. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. *Bioetica*, Brasília, v.21, n.3, p.486 - 493, Dezembro 2013.
- 25.FORTE, D. N. et al. Association between education in EOL care and variability in EOL practice: a survey of ICU physicians. *Intensive Care Med*, v. 38, p. 404 - 412, 2012.
- 26.CARTER, B. S. et al. Circumstances Surrounding the Deaths of Hospitalized Children: Opportunities for Pediatric Palliative Care. *Pediatrics*, v. 114, n. 3, p. 361 - 366, 2004.
27. K, J. L.; TIEVES, K.; SCANLON, M. C. Alterations in End-of-Life Support in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatrics*, Kansas City, v.126, n.4, p.859 - 864, October 2010.
- 28.LEVETOWN, M. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, v. 121, p. 1441 - 1460, May 2008.
- 29.VALADARES, M. T. M.; MOTA, J. A. C.; OLIVEIRA, B. M. de. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. *Revista Bioética*, v. 21, n. 3, p. 486 - 493, 2013.

## ANEXOS

### Anexo 1

Nº. \_\_\_\_\_

#### Dados demográficos

1. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.
2. Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc.
3. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União Estável ( ) Separado/Divorciado ( ) Viúvo ( ) Prefere não declarar
4. Mes e Ano de Graduação: \_\_\_\_/\_\_\_\_.
5. Unidade de Ensino: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
6. Formação:
- 6.1. Pediatria \_\_\_\_\_
- 6.2. UTI Ped \_\_\_\_\_
- ( ) Especialização \_\_\_\_\_
- ( ) Mestrado ( ) Doutorado
7. TETIP: ( ) Sim ( ) Não
8. Data ( mês e ano) \_\_\_\_/\_\_\_\_
8. Quantidade de UTIs em que trabalha: \_\_\_\_\_
- ( ) Pública ( ) Privada
9. UTIs exclusivamente pediátricas ( ) Sim ( ) Não ( ) Neo/Ped
- ( ) outras: \_\_\_\_\_

#### Entrevista:

1. Como você define LSV?
2. Já teve alguma experiência em limitar suporte?
3. Relate como foi a experiência: relate as tomadas de decisão, a posição da equipe, e se houve algum tipo de conflito.
4. Como é o procedimento quanto ao registro em prontuário das LSV? Você acredita que deveria haver? Se sim, como seria? Quem deveria fazer?
5. Qual o papel da família nessas situações?
6. Quais dificuldades/ situações que tornam LSV torna um procedimento não aceitável?
7. Quais seriam as possíveis soluções para facilitar a implementação de LSV na prática?
8. Qual a abordagem sobre o tema enquanto acadêmico de medicina? Residente de Pediatria? Residente de Intensiva?
9. Como você define eutanásia?
10. Distanásia?
11. Mistanásia?
12. Ortotanásia?

## Anexo 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa " O perfil da equipe médica de uma UTI pediátrica de Brasília quanto ao conhecimento de Limitação de Suporte de Vida ( LSV)"
2. Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
5. Os objetivos deste estudo: mostrar o perfil de conhecimento da equipe médica da UTIP do HMIB a cerca de LSV
6. Sua participação nesta pesquisa: ser entrevistado
7. Os riscos relacionados com sua participação: não há riscos previsíveis
8. Os benefícios relacionados com a sua participação: contribuição ao estudo para traçar o perfil do conhecimento da equipe médica da UTIP quanto a LSV
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
10. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação (a identificação será numérica)
11. Se o(a) senhor(a) tiver quaisquer dúvidas em relação à pesquisa, por favor telefone para Dr Roberto Faria, na UTIP do HMIB, telefone 34457643, no horário de 07 as 13h
12. Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone 33254925

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome/Assinatura \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável: Roberto Gonçalves de Faria Junior: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_