



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**Limitação do esforço terapêutico no doente
internado:
definição do processo de decisão e sua oportunidade
Investigação casuística do problema**

Telma Alexandra Brás Alves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Vítor Branco

Covilhã, Abril de 2017

Agradecimentos

Um agradecimento especial ao meu orientador, Dr. Vítor Branco, pela dedicação, disponibilidade e conhecimento transmitido ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus pais, agradeço toda a força e amor que me deram durante o meu percurso académico e por todos os sacrifícios que fizeram em prol do meu sonho. Foram o meu porto de abrigo em todos os momentos.

Ao meu irmão, por todas as palavras de incentivo, pelo ombro amigo e pelo interesse que demonstrou em todas as etapas do meu crescimento académico.

A ti Bruno, por todo o apoio, amor incondicional e presença em todos os momentos. Obrigada por sempre acreditares no que eu sou capaz e seres o motivo da minha confiança e paz interior.

Ao meu querido avô, agradeço os ensinamentos de vida que me transmitiu ao longo destes anos, por me ensinar a lutar pelos meus objetivos e pelos abraços cheios de saudades e amor que me dava nos regressos a casa. Obrigada pelo orgulho que tinhas por mim e por me teres guiado.

Aos meus amigos, agradeço a amizade e os bons momentos que me proporcionaram nesta caminhada.

“Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive”

- Ricardo Reis, in “Odes”

Resumo

Introdução: Com o avanço tecnológico na área da saúde, há um risco crescente do uso de tratamentos fúteis em doentes terminais. Nestes casos pode-se balizar as intervenções a partir da limitação do esforço terapêutico, garantindo um processo de morte natural e digna. Esta decisão deve envolver o doente, a equipa de profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Intensivos e a família, em prol do melhor interesse do doente. A partir das diretivas antecipadas de vontade é possível recolocar a autonomia do doente no centro do processo de decisão.

Objetivo: Identificar retrospectivamente numa amostra de doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Cova da Beira, o número de casos onde se podem detetar decisões de limitação do esforço terapêutico e de ordem de não reanimar, caracterizar o respetivo processo de tomada decisão e o grau de explicitação com que este tenha sido documentado.

Métodos: Estudo retrospectivo, no qual se avaliaram diários clínicos do ano civil de 2015, na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Cova da Beira. As variáveis consideradas foram: as características demográficas; o número de limitações do esforço terapêutico realizadas; o número de doentes vivos ou mortos após a aplicação da limitação; onde foi expressa a limitação: diário médico e/ou diário de enfermagem; quem participou no processo de decisão; e o tipo de limitação que foi realizada.

Resultados: No período ocorreram 268 internamentos na Unidade de Cuidados Intensivos, dos quais 23 (8,58%) apresentaram algum tipo de limitação do esforço terapêutico. O processo de limitação foi documentado na maioria no diário clínico médico, 11 (47,83%). Sendo os restantes documentados com a mesma prevalência, 6 (26,09%), nos diários de enfermagem ou em ambos os diários. Dos doentes com limitação, as decisões foram tomadas: apenas pelo médico assistente, em 16 (69,57%) doentes; médico assistente e família, em 4 (17,39%) doentes; equipa médica, em 1 (4,35%) doente; equipa médica e família, em 1 (4,35%) doente; família, 1 (4,35%); enfermagem ou com base em diretivas antecipadas de vontade, em nenhum caso. Em relação ao tipo de limitações executadas, 5 (21,74%) foi por suspensão e 18 (78,26%) por abstenção (12 por ordem de não reanimar, 2 de tratamento cirúrgico e 4 de tratamento médico).

Conclusão: Parece ser necessário desenvolver o enquadramento ético - jurídico e a formação sobre limitações do esforço terapêutico; o estabelecimento de protocolos de auxílio a decisão e de impressos próprios para a sua documentação de forma obrigatória e sistemática; maior envolvimento dos doentes, enfermeiros, familiares e representantes legais no processo de decisão.

Palavras-Chave

Limitação do esforço terapêutico; Unidade de Cuidados Intensivos; Diretivas Antecipadas de Vontade; Ordem de não reanimar; Suspensão e abstenção do tratamento.

Abstract

Introduction: Technological advances in the health sector have led to the increasing risk of futile treatments on terminally ill patients. In these cases, it is possible to define interventions based on the limitation of therapeutic effort, thus ensuring a process of natural and dignified death. This decision should involve the patient, the Intensive Care Unit professionals and the family, in favour of the patient's best interest. From the advance directives, it is possible to relocate the patient's autonomy to the centre of the decision-making process.

Objective: To retrospectively identify, from a sample group of patients hospitalised in the Intensive Care Unit of the Hospital Centre of Cova da Beira, the number of cases where it is possible to identify decisions of limitation of therapeutic effort and of do-not-resuscitate order; the respective decision-making process and the degree of explicitness with which it was documented.

Methods: A retrospective study, based on the clinical journals of the year 2015 of the Intensive Care Unit of the Hospital Centre of Cova da Beira. The considered variables were: demographic characteristics; the number of living or deceased patients after the limitation was put into practice; where the limitation was stated: medical and/or nursing journal; who took part in the decision-making process; and the type of limitation in use.

Results: During this period, there were 268 hospitalisations in the Intensive Care Unit, 23 (8.58%) of which presented some type of limitation of therapeutic effort. The process of limitation was mainly documented in the clinical medical journal, 11 (47,83%). The remaining documented cases with the same prevalence, 6 (26,09%), in the nursing or in both journals. Of the patients with limitation, decisions were made: by the physician associate, in 16 (69,57%) patients; by the physician associate and the family, in 1 (4,35%) patient; by the medical team and the family, in 1 (4,35%) patient; by the family, in 1 (4,35%) patient; by nursing staff or based upon advance directives, no cases were verified. With regards to the type of limitations in place, 5 (21,74%) were due to suspension and 18 (78,26%) to abstention (12 by Do-Not-Resuscitate Orders, 2 by surgical treatment and 4 by medical treatment).

Limitação do esforço terapêutico no doente internado: definição do processo de decisão e sua oportunidade. Investigação casuística do problema

Conclusion: it seems necessary to develop an ethical and legal framework and provide training on limitations of therapeutic effort; the establishment of protocols in aid of decision-making and appropriate forms for their compulsory and systematic documentation should also be developed; there should be a greater involvement of patients, nursing staff, family and legal representatives in the decision process.

Key-words

Limitation of therapeutic effort; Intensive Care Unit; Advance directive will; Do-not-ressuscitate orders; Withdrawal and withholding of treatment.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Palavras-Chave	iv
Abstract	iv
Key-words	v
Lista de Figuras	vii
Lista de Tabelas.....	vii
1. Introdução	1
2. Métodos.....	2
2.1 Análise estatística.....	3
3. Resultados	3
4. Discussão	7
5. Conclusão	10
6. Bibliografia.....	11

Lista de Figuras

Figura 1 - Número de doentes com e sem Limitação do Esforço Terapêutico	4
Figura 2 - Doentes com Limitação do Esforço Terapêutico	5
Figura 3 - Onde foi expressa a limitação	5
Figura 4 - Quem tomou a decisão	6
Figura 5 - Tipo de Limitação do Esforço Terapêutico realizado	7

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados Demográficos	3
Tabela 2 - Número de doentes com e sem Limitação do Esforço Terapêutico	4
Tabela 3 - Doentes com Limitação do Esforço Terapêutico	6
Tabela 4 - Tipo de Limitação do Esforço Terapêutico realizado	7

1. Introdução

O avanço tecnológico na medicina alterou a forma de atuar perante a doença e a morte. (1) Há uma tendência progressiva no uso de tratamentos que aumentam a esperança de vida para além do aceitável em doentes terminais, desumanizando-se a morte. (4,9,10,15)

A medicina coordena o processo de morrer com base na abstenção ou suspensão de um tratamento com a limitação do esforço terapêutico (LET) e a ordem de não reanimar (ONR). (15)

Entende-se por LET a decisão de suspensão (*withdrawal*) ou abstenção (*withholding*) de um determinado tratamento, normalmente considerado fútil porque, perante um quadro clínico terminal ou irreversível, tem uma probabilidade de dano maior do que o benefício para o doente. (1,4,5) Nestes casos mantêm-se as medidas que garantam um bem-estar físico e psicológico. (21,22) Há parâmetros que caracterizam este processo, como: a vontade do doente expressa verbalmente ou por escrito ou por intermédio do parecer do tutor legal ou dos familiares; o prognóstico a curto e a longo prazo; a qualidade de vida; a patologia médica; idade do doente; as considerações da equipa de profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tendo em conta o melhor interesse do doente; e os recursos, caso estes sejam limitados. (5,7,12) A LET é assim um processo multifatorial, subjetivo, complexo e moroso, (11,21) cuja decisão deve ser compartilhada pela equipa de profissionais de saúde da UCI, o doente e os familiares ou representante legal. (5) Globalmente, a LET é uma prática comum na clínica médica das UCI, face ao notável número de doentes em estado terminal. (1,3,6,10)

Não obstante, atualmente o conhecimento geral sobre a LET prende-se maioritariamente a um tipo específico, a ONR, que é praticada quando a reanimação cardiopulmonar não é adequada ao estado terminal e a morte é iminente. (14)

Assim, estas ações concedem o direito ao doente de morrer com dignidade evitando a obstinação terapêutica, o prolongamento do processo de morte e o padecimento físico e psíquico. (2,4,9) Entende-se como morte digna aquela que decorre próxima da família, com alívio do sofrimento e manutenção das medidas básicas de hidratação, alimentação e analgesia. (6)

O processo de LET é orientado pelos quatro princípios fundamentais da bioética elaborados por *Beauchamp* e *Childress*: beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. (2,15) Nas UCI existe um clássico risco de minimização da autonomia do doente, o principal fator na tomada de decisão, (7) estando comprometida na maioria dos casos pela sua incapacidade, estado inconsciente ou terminal. (2,3,9) Na perspetiva da não-maleficência e da justiça, os médicos

não são obrigados a administrarem tratamentos fúteis, que são inadequados e vão contra a dignidade humana. (16)

Atualmente, existe o documento de Diretiva Antecipada de Vontade, segundo a lei nº 25/2012 de 16 de Julho do Diário da República de Portugal, que veio recolocar a autonomia do doente no centro de toda a dinâmica no fim de vida. Define o modo de reaver a autonomia do doente quando este não tem capacidades para autodeterminar a sua vontade. Esta pode ser formalizada de duas formas: pelo testamento vital ou através da procuração de cuidados de saúde. No testamento vital o doente “manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” (8). A procuração de cuidados de saúde consiste em delegar a tarefa de decisão a um representante legal (8,9), entendendo-se como um “julgamento substituto” onde há o dever de representar os valores do doente. (14,15) As diretivas antecipadas de vontade podem englobar decisões mais amplas sobre a natureza dos atos médicos a que os doentes queiram ou não submeter-se, para além do conceito relativamente restrito usado nas definições de LET circunscritas a atos de duvidosa ou nenhuma utilidade vital a longo prazo.

O objetivo da presente investigação é identificar retrospectivamente numa amostra de doentes internados na UCI do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), o número de casos onde se podem detetar decisões de LET e de ONR, caracterizar o respetivo processo de tomada decisão e o grau de explicitação com que este tenha sido documentado.

2. Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo, no qual se avaliaram diários clínicos (diário médico e diário de enfermagem) registados no programa Centricity Clinisoft para processos base de Cuidados Intensivos, durante o ano civil de 2015 (entre 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Dezembro de 2015) na UCI do CHCB. O Estudo foi aprovado pelo Conselho Administrativo e Comissão de Ética do CHCB. A recolha de dados foi iniciada após aprovação do projeto.

Foram considerados as seguintes variáveis:

- Características demográficas dos doentes: idade, género e estado de alta (vivo/óbito);
- O número de doentes com limitação do esforço terapêutico, dos quais se avaliou: o número de doentes vivos ou mortos após a aplicação da LET; onde foi expressa a limitação (diário médico; diário de enfermagem; diário médico e enfermagem); quem participou no processo de decisão (doente - através de diretiva antecipada de vontade; médico assistente; equipa médica;

Limitação do esforço terapêutico no doente internado: definição do processo de decisão e sua oportunidade. Investigação casuística do problema

equipa de enfermagem e/ou família); e o tipo de limitação que foi realizada (suspensão ou abstenção) e subtipos (ONR; Tratamento Cirúrgico; Tratamento Médico).

Não foram considerados critérios de exclusão.

2.1 Análise estatística

De modo a recolher, organizar, apresentar e interpretar o conjunto de dados, recorreu-se a processos apropriados na área da estatística.

A análise estatística realizou-se com recurso ao programa Microsoft Excel, onde as variáveis qualitativas foram dadas em número e em percentagem, enquanto as variáveis quantitativas em média aritmética.

3. Resultados

No período indicado de estudo, no total foram avaliados dados de 268 doentes, internados na UCI do CHCB, dos quais 116 (43,28%) do sexo feminino e 152 (56,72%) do sexo masculino. A idade média da população foi de 70,5 anos. Da totalidade dos doentes, 223 (83,21%) estavam vivos aquando a alta e 45 (16,79%) morreram na UCI.

Tabela 1 - Dados Demográficos

Dados Demográficos		
	Número	Percentagem
Indivíduos	268	-
Sexo Feminino	116	43,28%
Sexo Masculino	152	56,72%
Idade Média	70,5	-
Vivo	223	83,21%
Óbito	45	16,79%

Da população inicial (268 doentes), em 23 (8,58%) doentes foi possível identificar algum tipo de LET (Tabela 2 - Número de doentes com e sem Limitação do Esforço Terapêutico; Figura 1 - Número de doentes com e sem Limitação) perante a evolução do seu quadro clínico no internamento.

Limitação do esforço terapêutico no doente internado: definição do processo de decisão e sua oportunidade. Investigação casuística do problema

Tabela 2 - Número de doentes com e sem Limitação do Esforço Terapêutico

Número de Doentes com e sem Limitação do Esforço Terapêutico		
Doentes com Limitação	23	8,58%
Doentes sem Limitação	245	91,42%

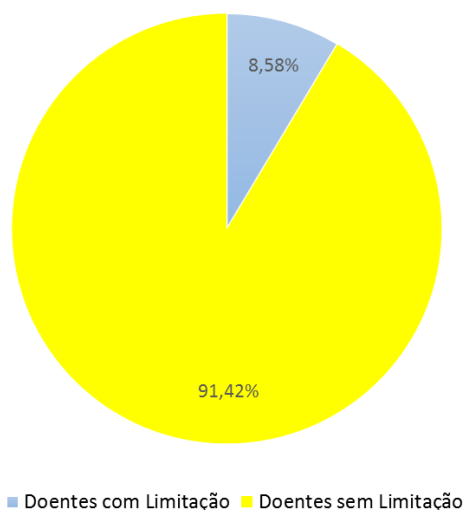


Figura 1 - Número de doentes com e sem Limitação do Esforço Terapêutico

Dos 23 doentes com LET, 4 (17%) sobreviveram após a aplicação da limitação e 19 (83%) morreram, como é possível constatar na Figura 2 e Tabela 3. No grupo de doentes que não se identificou LET (245 doentes), 26 morreram (10,6%).

Limitação do esforço terapêutico no doente internado: definição do processo de decisão e sua oportunidade. Investigação casuística do problema

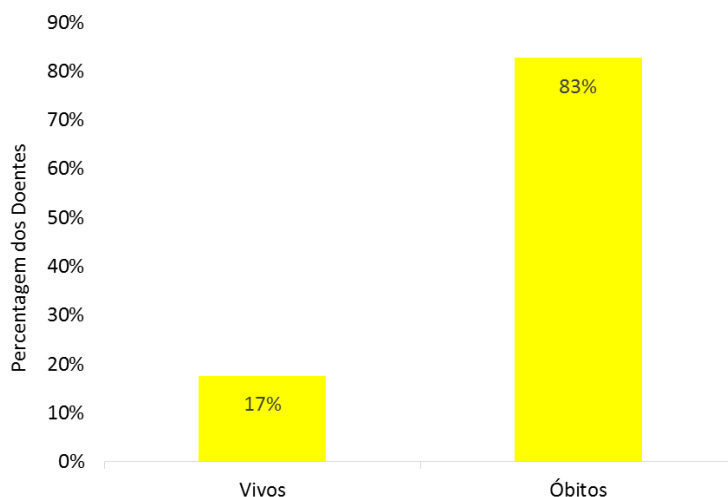


Figura 2 - Doentes com Limitação do Esforço Terapêutico

Estão incluídos no grupo de doentes classificados como LET apenas aqueles em que esta decisão foi documentada por escrito. No processo de registo da LET: 11 (47,83%) foram documentados exclusivamente no diário médico; 6 (26,09%) apenas no diário de enfermagem; e as restantes 6 (26,09%) foram registadas em ambos os diários (médico e enfermagem).

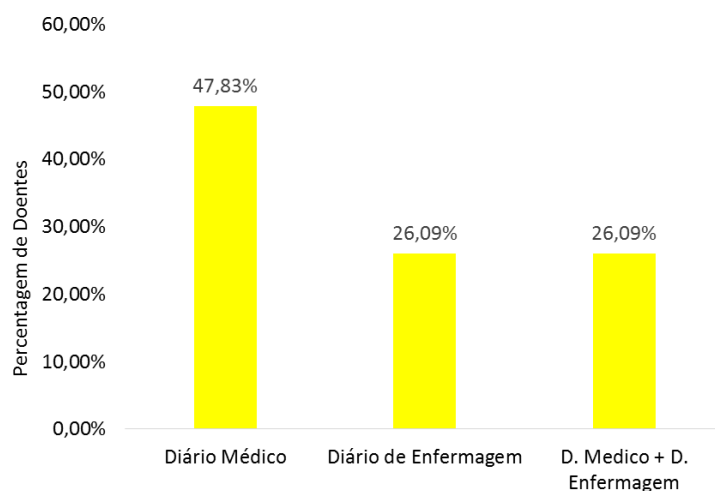


Figura 3 - Onde foi expressa a limitação

No seguimento do estudo, também se realizou a pesquisa de quem participou na tomada da decisão de LET (Tabela 3 - Doentes com Limitação do Esforço Terapêutico): a maioria das decisões, 16 casos (69,57%), foram tomadas exclusivamente por um médico assistente; 4 (17,39%) foram tomadas em conjunto pelo médico assistente e família; na mesma proporção (1 caso cada), foram tomadas decisões de limitação pela equipa médica da UCI, pela equipa médica da UCI e família e apenas pela família; nenhuma limitação teve o envolvimento explícito

Limitação do esforço terapêutico no doente internado: definição do processo de decisão e sua oportunidade. Investigação casuística do problema

da equipa de enfermagem, do doente ou de representante legal (diretivas antecipadas de vontade). A Figura 4 descreve as prevalências de quem participou na decisão de LET.

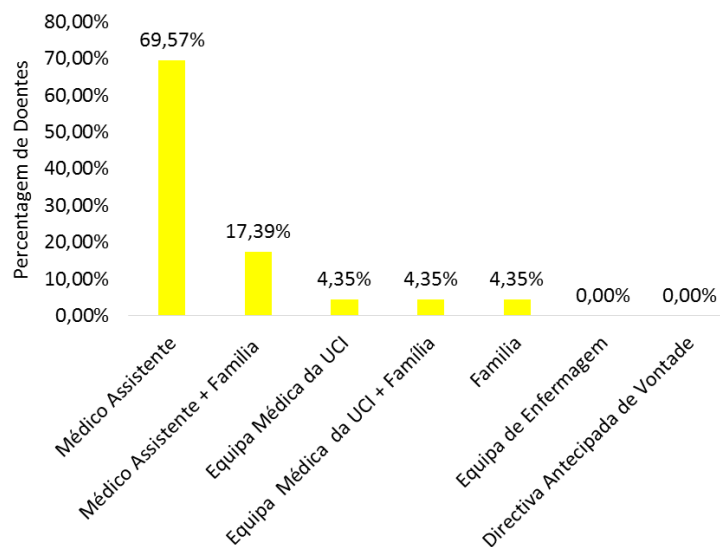


Figura 4 - Quem tomou a decisão

Tabela 3 - Doentes com Limitação do Esforço Terapêutico

Doentes com Limitação do Esforço Terapêutico		
Descrição	Número	Percentagem
Vivos	4	17%
Óbitos	19	83%
Onde foi expressa a Limitação		
Diário Médico	11	47,83%
Diário de Enfermagem	6	26,09%
D. Médico + D. Enfermagem	6	26,09%
Quem tomou a decisão		
Médico Assistente	16	69,57%
Médico Assistente + Família	4	17,39%
Equipa Médica da UCI	1	4,35%
Equipa Médica da UCI + Família	1	4,35%
Família	1	4,35%
Equipa de Enfermagem	0	0,00%
Directiva Antecipada de Vontade (Testamento Vital e/ou Representante Legal)	0	0,00%
Total	23	100,00%

Por último, avaliou-se o tipo de limitação do esforço terapêutico (Tabela 4 - Tipo de Limitação do Esforço Terapêutico realizado; Figura 5 - Tipo de Limitação do Esforço Terapêutico realizado), dividindo-se em dois tipos - suspensão e abstenção - e estes consecutivamente foram

divididos nos seguintes subtipos: ONR, tratamento cirúrgico e tratamento médico (entende-se como tratamento médico: omissão de diálise; retirada de vasopressores; omissão fibrinólise; antibióticos; limitação manobras invasivas, extraordinárias e/ou suporte vital). Houve 5 (21,74%) casos de LET por suspensão de tratamento médico. As restantes 18 (78,26%) LET foram realizadas por abstenção: 12 (52,17%) por ONR; 2 (8,70%) de tratamento cirúrgico; e 4 (17,39%) de tratamento médico.

Tabela 4 - Tipo de Limitação do Esforço Terapêutico realizado

Tipo de Limitação do Esforço Terapêutico realizado			
Descrição		Número	Porcentagem
Tipo	Subtipo		
Suspensão	ONR	0	0,00%
	Tratamento cirúrgico	0	0,00%
	Tratamento médico	5	21,74%
Total		5	21,74%
Abstenção	ONR	12	52,17%
	Tratamento cirúrgico	2	8,70%
	Tratamento médico	4	17,39%
Total		18	78,26%
Total de Doentes		23	100,00%

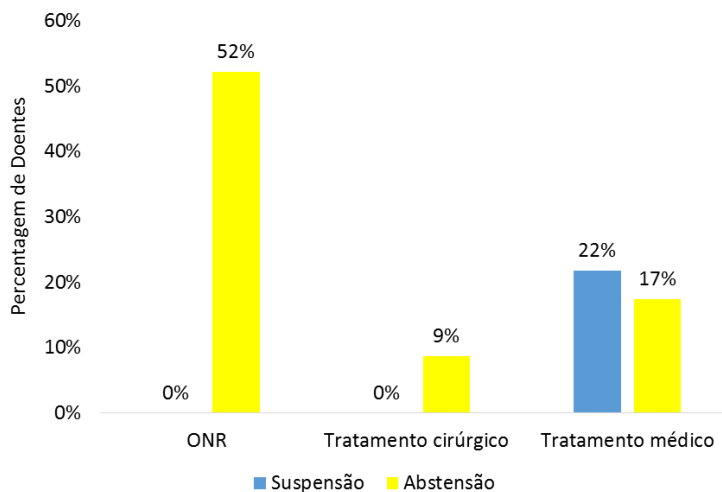


Figura 5 - Tipo de Limitação do Esforço Terapêutico realizado

4. Discussão

Independentemente de a LET ser um tema bastante discutido na literatura internacional, é uma realidade pouco conhecida, divulgada e ensinada em Portugal. Há falta de formação e pesquisa específica em boas práticas clínicas e éticas, que favoreçam a execução deste processo nas UCI pelos profissionais de saúde. (6,7,12) Os médicos não estão familiarizados com a limitação da terapêutica, e desta forma não reconhecem o momento que é necessário preconizar um

Limitação do esforço terapêutico no doente internado: definição do processo de decisão e sua oportunidade. Investigação casuística do problema

processo de morte natural. (6,10) Este facto ficou evidenciado pelo reduzido número de decisões de LET (Tabela 2) neste estudo.

Baseando-nos nestes dados, pode-se inferir que haja um investimento excessivo em meios terapêuticos fúteis, que não alteram o prognóstico e não são benéficos para os doentes, estabelecendo-se na maioria das vezes uma obstinação terapêutica. Assim, há a necessidade da mudança do paradigma ético e social no processo de fim de vida.

As decisões de LET têm que ser valorizadas da mesma forma como outras ações burocráticas realizadas nos hospitais. É um procedimento obrigatório de ser expresso por escrito nos diários clínicos (médico e enfermagem), sendo deste modo reproduzível e de fácil acesso. Na análise do estudo existiram evidências de incoerência da documentação nas decisões de LET (Tabela 3): a maioria foi registada exclusivamente nos diários clínicos dos médicos; houve, em menor escala, registos restritos aos diários clínicos de enfermagem (o que se deduz que a decisão tenha sido comunicada apenas verbalmente pelo médico), ou simultânea nos diários clínicos médicos e de enfermagem. Depreende-se então que há lacunas no processo de documentação da LET, existindo a necessidade de haver um documento padronizado e veiculado nas UCI, a fim de ser preenchido pelos médicos e enfermeiros. Deste modo seria possível assegurar um registo apropriado e lícito da limitação. Outros estudos corroboram esta ideia quando afirmam a falta de documentação específica para registo das decisões de LET. (4,5)

Estudos referem que há uma baixa prevalência de doentes que ingressam na UCI com as suas vontades expressas em relação ao tratamento de fim de vida, nem mesmo após a introdução do documento de diretiva antecipada de vontade. (7,11,15) No presente estudo foi nula a presença de diretivas antecipadas de vontade (testamento vital ou representante legal), conjecturando-se que há pouca difusão de conhecimento sobre esta matéria por parte da sociedade. Consequentemente, a família e a equipa de profissionais de saúde da UCI integram o núcleo de atuação em busca do melhor interesse do doente internado em fim de vida. (22) No entanto, observou-se que a maioria das decisões de limitação foram tomadas meramente pelo médico assistente (Tabela 3), raros os casos que houve envolvimento dos familiares e da equipa de enfermagem da UCI. Portugal é o país da Europa com menor percentagem de enfermeiros envolvidos na decisão de LET. (18) Deve-se ter em conta que os enfermeiros são os profissionais que despendem mais tempo junto dos doentes e familiares, daí a sua integração na tomada de decisão ser uma mais-valia. (20) Uma das causas possíveis para a restrição do envolvimento da equipa de enfermagem, será as falhas da comunicação durante a decisão de LET por parte dos outros profissionais de saúde. (20) Seria vantajoso e esclarecedor a prática de um diálogo aberto entre médicos, enfermeiros, família e doente, confrontando a decisão em conjunto. (15,16) Deste modo, deparamo-nos com uma caracterização do processo de tomada de decisão aquém do desejável. É importante a integração de todos os indivíduos que contactam diariamente com o doente, para que a decisão final seja tomada com a anuência de todos.

A deliberação de uma LET envolve grandes questões éticas e emocionais para quem as pratica. (2,6,7,12) Há um medo intrínseco de julgamento e da possível extrapolação do ato para eutanásia, o que dificulta a atuação. (6,19) Para um procedimento mais seguro, há que saber diferenciar conceitos como: eutanásia e LET. A eutanásia tem como fim a morte do doente e a LET é um bom ato médico e eticamente aceite, em que se adequa a terapêutica ao quadro clínico, não se praticando os extremos (eutanásia ou distanásia). (10,19) Estas conceções ajudam a compreender o porquê de o tipo de LET mais predominante no estudo retrospectivo ser a abstenção (Figura 5): os profissionais de saúde para além de a preferirem, têm medo de tencionarem a morte quando retiram um tratamento já iniciado, ao invés de não o iniciarem. (6) E acresce a este fato a falta de formação e experiência na suspensão de um determinado tratamento.

Estudos comprovam que a ONR é a limitação de maior execução nos doentes terminais. (4) Nesta casuística, a medida com maior abstenção foi a ONR, possivelmente pela perceção de que esta se aproxima mais a um quadro de morte natural. (12) É um dos tipos de limitação que se beneficiaria com a criação de um documento próprio para o seu registo ou o seu enquadramento num documento geral de registo da LET. (14) Existem propostas para a formalização do documento orientador do procedimento de ONR, embora ainda não tenham sido implantadas a nível nacional nas UCI. (23)

Há urgência da instituição de normas explícitas e criteriosas que a justifiquem e guiem o processo de LET. (2,12) Seria promissor na medida que haveria um equilíbrio entre o ato médico, a ética médica e a legalidade do processo. (13) Continuam pendentes propostas estabelecidas de *guidelines* sobre suspensão e abstenção do tratamento em doentes terminais, como por exemplo as que foram elaboradas pelo serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 2008. (14) Estas sugestões deveriam de ser tidas em consideração de modo a impulsionar a formulação de normas reguladoras em Portugal. Eventualmente a dificuldade de balizar a decisão de LET seja imposta pela subjetividade intrínseca decorrente da cultura, da experiência e características individuais e coletivas dos profissionais de saúde da UCI. (4,17,21) Há uma diversidade de publicações internacionais sobre recomendações para a LET, mas nenhuma definitiva, pelas práticas e características discordantes. (10,13)

5. Conclusão

Concluiu-se com este estudo a necessidade de se aprofundar o enquadramento ético - jurídico da LET, através da definição concreta de mecanismos e regras do processo de decisão, que podem ser vertidos num protocolo padronizado de atuação. Como consequência, é importante a criação de modelos de registo (impressos próprios) para documentar a LET e a ONR nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Para que haja uma atuação adequada por parte dos profissionais de saúde, deve haver um investimento na formação obrigatória em ética das decisões de LET.

Outro aspeto comprovado foi a imprescindibilidade de outros profissionais de saúde na tomada da decisão, nomeadamente os enfermeiros, como também a família e o representante legal. E sobretudo garantir o envolvimento do próprio doente no processo.

6. Bibliografia

- 1 Baena AC. Limitation of therapeutic effort: when less is more. *Colomb Med.* 2015; 46(1): 1-2.
- 2 Cabré L, Durán J. Limitación del esfuerzo terapêutico en medicina intensiva. *Med Intensiva.* 2002; 26(6):304-3011.
- 3 Luce JM. Making decisions about the forgoing of life-sustaining therapy. *AM J Respir Crit Care Med.* 1997; 156: 1715-1718.
- 4 Luce JM. Making decisions about the forgoing of life-sustaining therapy. *AM J Respir Crit Care Med.* 1997; 156: 1715-1718.
- 5 Bitencourt AG, Dantas MP, Neves FS, Almeida AM, Melo RM, Albuquerque LC, Godinho TM, Agareno S, Teles JM, Farias AM, Messeder OH. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2007 Abril-Junho; 19(2):137 - 143.
- 6 Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapêutico. *Rev Clin Esp.* 2012; 212(3): 134-140.
- 7 Escobar M. Limitación del esfuerzo terapêutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Boethica.* 2012; 18(2): 163 - 171.
- 8 Diarasarri S, García K, Martínez T, Hernández Y, Otaolea JL, Alutiz S, Arenal C, Zorrilla JM, López M. Limitación del esfuerzo terapêutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Med Intensiva.* 2007; 31(2): 68-72.
- 9 Lei nº25/2012 de 16 de Julho. *Diário da Republica 1ª série* 136 (16-07-2012) 3728-3730.
- 10 Bomtempo T. Directivas anticipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente. *Revista de Bioética y Derecho.* 2012; 26: 22-30.
- 11 Betancourt G. Limitación del esfuerzo terapêutico versus eutanásia: una reflexión bioética. *Humanidades Médicas.* 2011;11(2): 259-273.

- 12 Fernández R, González F, Raventos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. Ha cambiado en el siglo XXI?. *Med Intensiva*. 2005; 29(6): 338-341.
- 13 Athanazio R, Barbetta M, Bitencourt A, Neves F, Torreão L, Agarento S, Teles J, Messeder O. Decisão de não introduzir ou de retirar tratamentos de suporte para pacientes terminais internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2005 Julho/Setembro; 17(3): 181- 184.
- 14 Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med*. 2016; 42: 1003-1017.
- 15 Nunes R. Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Serviço de bioética e ética médica (FMUP). 2008.
- 16 Gravin JR. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007; 35(2): 85-94.
- 17 Marín JL, Reta IS, Campos RA, Pericas LC, Diarasarri A, Delgado MC, Urionabarrenetxea K. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008; 32(3): 121-133.
- 18 Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T. End-of-life practices in European Intensive Care Units. *JAMA*. 2003 August; 290(6): 790-797.
- 19 Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Critical Care*. 2003 December; 7(6): 167-175.
- 20 Moritz RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis em UTI. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2003 Janeiro/Fevereiro; 15(1): 40-44.
- 21 Dutra BS, Santana JCB, Duarte AS, Batista CB, Attoni JM, Guimarães RJ. Dysthanasia: ethical reflections on the limits of therapeutic efforts in intensive care units. *R.pesq.:cuid.fundam.online*. 2011 Janeiro/Março; 3(1): 1617-1627.
- 22 Antiñolo FG. Limitación de esfuerzo terapéutico. Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo?. *Med Clin (Barc)*. 2011; 135(9): 410-416.

Limitação do esforço terapêutico no doente internado: definição do processo de decisão e sua oportunidade. Investigação casuística do problema

- 23 Vicent JL. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Med WKLY*. 2004;134:65-68.
- 24 Braga I, Dutschmann L, Fiuza T, Almeida HI, Gil V, Brandão T. Implementação da ordem de não reanimar. *Rev Ordem Med*. 2012 Setembro; 133: 20-22.