

PERCEPÇÃO DE CUIDADOS DESPROPORCIONAIS ENTRE MÉDICOS SENIORES, MÉDICOS RESIDENTES, ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

PERCEPTION OF DISPROPORTIONATE CARE AMONG STAFF PHYSICIANS, TRAINING PHYSICIANS, NURSES, AND PRACTICAL NURSES IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Daniel Gustavo Barg¹, Ana Carolina Peçanha Antonio² 

RESUMO

Clin Biomed Res. 2022;42(3):226-233

1 Serviço de Medicina Intensiva,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Serviço de Medicina Intensiva Adulto,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Daniel Gustavo Barg
danielgbarg@gmail.com
Serviço de Medicina Intensiva,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Avenida Protásio Alves,
208, apto. 703, 90410-004,
Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução: O aumento progressivo de medidas avançadas para manutenção da vida em pacientes com pouca expectativa de sobrevida gera percepção de cuidado desproporcional. Objetivamos averiguar a prevalência de cuidado desproporcional em equipe médica e enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um hospital público do Brasil.

Métodos: Estudo transversal envolvendo equipe médica e enfermagem em uma UTI multidisciplinar de 34 leitos de um hospital terciário no sul do Brasil de janeiro a julho de 2019. Ao total 151 profissionais responderam a um questionário eletrônico anônimo.

Resultados: A taxa de resposta foi de 49,5%. Cento e dezoito (78,1%) profissionais identificaram cuidado desproporcional no ambiente de trabalho. Enfermeiros e técnicos de enfermagem receberam menos treinamento formal em comunicação de fim de vida do que médicos (10,6% versus 57,6%, $p < 0,001$). Vinte e nove (28,1%) enfermeiros e técnicos de enfermagem e 4 (0,08%) médicos responderam que não havia discussão sobre terminalidade na UTI ($p = 0,006$). Quarenta e três (89,5%) médicos afirmaram que havia colaboração entre equipe médica e equipe de enfermagem, ao passo que 58 (56,3%) enfermeiros e técnicos de enfermagem discordaram da assertiva ($p < 0,001$).

Conclusão: Este é o primeiro estudo sobre percepção de cuidado desproporcional conduzido na América Latina, envolvendo residentes e técnicos de enfermagem e um centro de alta complexidade do sistema público de saúde. A vasta maioria dos profissionais percebe a existência de cuidado desproporcional em sua prática diária, independentemente da classe profissional.

Palavras-chave: Unidades de terapia intensiva; percepção; cuidados críticos; futilidade médica; práticas interdisciplinares; estresse ocupacional

ABSTRACT

Introduction: The increased use of life-sustaining measures in patients with poor long- and middle-term expected survival concerns health care providers regarding disproportionate care. The objective of this study was to report the prevalence of perceived inappropriate care among intensive care unit (ICU) staff physicians, training physicians, nurses, and practical nurses in a Brazilian public hospital.

Methods: We conducted a cross-sectional study with the medical and nursing team of a 34-bed multidisciplinary ICU of a tertiary teaching hospital in Southern Brazil from January to July 2019. A total of 151 professionals completed an anonymous electronic survey.

Results: The response rate was 49.5%. One hundred and eighteen (78.1%) respondents reported disproportionate care in the work environment. Nurses and practical nurses were less likely to receive formal training on end-of-life communication compared to physicians (10.6% vs. 57.6%, $p < 0.001$). Twenty-nine (28.1%) nurses and practical nurses vs. 4 (0.08%) physicians claimed that there were no palliative care deliberations in the ICU ($p = 0.006$). Of 48 senior and junior physicians, 43 (89.5%) believed that collaboration between physicians and nurses was good, whereas 58 out of 103 (56.3%) nurses and practical nurses disagreed ($p < 0.001$).

Conclusion: This is the first survey on the perception of inappropriate care conducted in Latin America. The study included junior physicians and practical nurses working in a high-complexity medical center associated with the Brazilian public health system. Most health care providers perceived disproportionate care in their daily practice, regardless of their professional class.

Keywords: *Intensive care units; perception; critical care; medical futility; interdisciplinary placement; occupational stress*

INTRODUÇÃO

O aumento progressivo do uso de medidas avançadas para manutenção da vida, mesmo em casos de disfunções orgânicas crônicas, condições progressivas e incuráveis e qualidade de vida comprometida, tornaram-se uma tendência preocupante na última década¹. Um inquérito conduzido em UTIs da América do Sul² evidenciou que 90% dos intensivistas já haviam participado de decisões relacionadas à terminalidade, e apontou aspectos legais e éticos e falta de treinamento como as principais barreiras à adequada condução desses casos. Embora o conceito de futilidade terapêutica não apresente consenso entre médicos, enfermeiros e pacientes³, 86% dos intensivistas italianos assumiram que pacientes eram admitidos em suas UTIs sem perspectivas realistas de melhora⁴.

Cuidados desproporcionais são definidos como o conjunto de terapêuticas inapropriadamente agressivas frente ao quadro clínico e prognóstico de um paciente, e são percebidos por um a cada quatro enfermeiros e um a cada três médicos em estudos de países em desenvolvimento^{2,5-7}. Esta percepção subjetiva pode levar a estresse moral, burn out e desejo de deixar o emprego atual, condições essas com potencial de comprometer a assistência final ao paciente^{5,8}. Enfermeiros relatam maior percepção de cuidados desproporcionais do que médicos, alegando que má comunicação e falta de iniciativa dos profissionais envolvidos no cuidado são suas causas principais. Médicos, por sua vez, comumente creditam à incerteza prognóstica o principal motivo de perpetuação de terapêuticas inapropriadas⁶. Sessenta e um por cento de intensivistas atuantes no sul do Brasil apresentam algum grau de burn out, a maioria de intensividade moderada⁹.

Até o presente momento, nenhum estudo avaliou a percepção de cuidados desproporcionais de

profissionais de saúde em UTIs brasileiras, onde o sistema de saúde público e privado coexistem e no qual a figura do técnico em enfermagem predomina. Assim sendo, o presente estudo tem o intuito de averiguar a percepção da equipe médica e da enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em relação à existência de cuidado desproporcional, comparando as diferentes visões de médicos seniores, médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Nossa hipótese é de que as opiniões relativas aos cuidados inapropriados divergem entre as categorias de profissionais de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal em um hospital universitário com 34 leitos de UTI, localizado na região sul do Brasil, conduzido no primeiro semestre de 2019. A população-alvo total consistiu em 305 indivíduos, sendo 59 enfermeiros, 157 técnicos de enfermagem, 57 médicos seniores, 12 médicos residentes do Serviço de Medicina Intensiva e 20 médicos residentes de outras especialidades que realizaram estágio na UTI ao longo de 2019.

O questionário foi elaborado pelos autores com base em estudos prévios⁵, considerando ausência de questionário padrão validado. O questionário foi fornecido aos profissionais através de e-mail institucional com link para questionário através do Formulários Google® (Quadro 1). Os participantes responderam a questões dirigidas às suas características profissionais, a aspectos relativos a terapêuticas desproporcionais e suas razões e à alocação de recursos. O preenchimento voluntário do questionário foi encarado como ciência e consentimento de participação no estudo. O comitê de ética da instituição de origem aprovou todas as etapas do projeto de pesquisa.

Quadro 1: Questionário fornecido aos profissionais.

Questionário:

- 1) Sexo:
 - a) Masculino
 - b) Feminino
- 2) Idade (anos)
 - a) Menor ou igual 20 anos
 - b) 20 a 35 anos
 - c) 35 a 50 anos
 - d) 50 a 65 anos
 - e) Acima de 65 anos
- 3) Qual sua função:
 - a) Médico contratado (rotineiro ou plantonista)
 - b) Residente MIT
 - c) Residente de outra especialidade
 - d) Enfermeiro
 - e) Técnico de enfermagem
- 4) Qual seu tempo de serviço em terapia intensiva?
 - a) Menos de 1 ano
 - b) 1 a 5 anos
 - c) 5 a 10 anos
 - d) Acima de 10 anos
- 5) Não há colaboração entre médicos e enfermeiros/técnicos de enfermagem
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 6) Tenho liberdade para decidir como realizar meu trabalho
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 7) Penso em trocar de profissão ou especialidade (trabalhar fora da UTI ou outro setor do hospital) / Penso em não realizar especialização em medicina intensiva
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 8) Tenho responsabilidade sobre os gastos hospitalares
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 9) Já realizou treinamento para conversar com familiares e paciente sobre terminalidade
 - a) Sim
 - b) Não

Continua

Quadro 1: Continuação

- 10) Considero o óbito na UTI como fracasso do tratamento
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 11) Considero a UTI como melhor lugar para morrer
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 12) Na UTI existe discussão sobre terminalidade
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 13) Todos os tratamentos e intervenções devem ser realizados, mesmo que ofereçam o mínimo de chance de sobrevivência
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 14) Existem outros pacientes que se beneficiariam mais da UTI dos que os que são geralmente internados
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 15) No caso de terminalidade, os pacientes e as famílias no geral estão cientes da decisão
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 16) O desejo de limitação terapêutica dos pacientes é respeitado
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente
- 17) Existe consenso na equipe sobre limitação de cuidados
 - a) Concordo totalmente
 - b) Concordo parcialmente
 - c) Não sei
 - d) Discordo parcialmente
 - e) Discordo totalmente

Continua

Quadro 1: Continuação

18) Na sua opinião, qual item a seguir é o mais utilizado para justificar manutenção de tratamentos potencialmente fúteis
a) Cobrança do paciente ou família
b) Cobrança da equipe assistente
c) Incerteza sobre a evolução do paciente
d) Falha de comunicação entre equipes
19) No cenário de terminalidade, tenho medo de ser acionado judicialmente
a) Sim
b) Não
20) Existe cuidado desproporcional em meu local de trabalho
a) Concordo totalmente
b) Concordo parcialmente
c) Não sei
d) Discordo parcialmente
e) Discordo totalmente

Os dados foram expostos na forma de média e desvio-padrão, ou mediana e intervalo interquartil ou percentual, conforme apropriado. O teste exato de Fisher foi utilizado para comparação das respostas entre as diferentes categorias profissionais. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo. Todas as análises estatísticas foram executadas no software STATA versão 15.

RESULTADOS

Foram obtidas 151 respostas ao questionário, correspondendo a 49,5% de toda a população

estimada, sendo 37 enfermeiros, 66 técnicos de enfermagem, 25 médicos seniores, 12 médicos residentes do Serviço de Medicina Intensiva e 11 médicos residentes de outras especialidades. A maioria dos participantes era do sexo feminino (75%), com idade entre 36 e 50 anos (58%) e com mais de 10 anos de experiência em UTI (66%). Na Tabela 1 estão expostas as características dos profissionais por categoria.

Quanto à percepção de cuidado desproporcional, 118 (78,1%) dos profissionais concordaram completa ou parcialmente de que havia cuidado desproporcional na UTI, sem diferença entre as categorias profissionais ($p = 0,20$).

Tabela 1: Taxa de resposta e características dos profissionais participantes (n = 151).

	Todos (n = 151)	Médicos seniores (n = 25)	Médicos residentes Medicina Intensiva (n = 12)	Médicos residentes outras especialidades (n = 11)	Enfermeiros (n = 37)	Técnicos de enfermagem (n = 66)	Valor de p
Taxa de resposta	151/305 (49,5%)	25/57 (43,8%)	12/12 (100%)	11/20 (55%)	37/59 (62,7%)	66/157 (42%)	< 0,001
Sexo feminino	114 (75%)	11 (44%)	7 (58,3%)	7 (63,6%)	35 (94,6%)	54 (81,8%)	< 0,001
Idade							
21 a 35 anos	43 (28,5%)	0	12 (100%)	11 (100%)	11 (29,7%)	9 (13,6%)	
36 a 50 anos	88 (58,3%)	16 (64%)	0	0	22 (59,5%)	50 (75,8%)	< 0,001
51 a 65 anos	20 (13,2%)	9 (36%)	0	0	4 (10,8%)	7 (10,6%)	

Continua

Tabela 1: Continuação

	Todos (n = 151)	Médicos seniores (n = 25)	Médicos residentes Medicina Intensiva (n = 12)	Médicos residentes outras especialidades (n = 11)	Enfermeiros (n = 37)	Técnicos de enfermagem (n = 66)	Valor de p
Tempo de atuação em UTI							
Menos de 1 ano	14	0	3 (25%)	10 (90,9%)	0	1 (1,5%)	
1 a 5 anos	15	0	9 (75%)	1 (9%)	2 (5,4%)	3 (4,5%)	< 0,001
6 a 10 anos	22	2 (8%)	0	0	8 (21,6%)	12 (18,1%)	
Acima de 10 anos	100	23 (92%)	0	0	27 (72,9%)	50 (75,7%)	

Quarenta e três (89,5%) médicos referiram que havia colaboração entre equipe médica e equipe de enfermagem, enquanto que 58 (56,3%) membros da equipe de enfermagem discordaram completa ou parcialmente de tal afirmação ($p < 0,001$). Oitenta (77,7%) enfermeiros e técnicos de enfermagem alegaram não terem recebido treinamento formal em comunicação no final de vida versus 15 (31,2%) médicos seniores e residentes ($p < 0,001$). Vinte e nove (28,1%) enfermeiros e técnicos de enfermagem e 4 (0,08%) médicos responderam que não havia discussão sobre terminalidade na UTI ($p = 0,006$). Trinta e dois (48,5%) técnicos de enfermagem, 8 (21,6%) enfermeiros e 6 (12,5%) médicos acreditavam que todos os tratamentos deveriam ser oferecidos independente da chance de sobrevivência ($p < 0,001$). Dez (27,3%) enfermeiros, 26 (54%) médicos e 30 (48%) técnicos de enfermagem consideraram que existia consenso entre as equipes assistenciais sobre limitação de cuidados terapêuticos ($p = 0,001$). Sessenta e sete (44,3%) profissionais afirmaram que o desejo de limitação terapêutica por parte dos pacientes geralmente não era respeitado, sem diferença entre as classes profissionais ($p = 0,49$). Todavia, 114 (75%) entrevistados concordaram que os familiares estavam cientes das decisões relativas a descontinuação ou não acréscimo de tratamentos, novamente sem diferença entre as categorias ($p = 0,55$).

Trinta e seis (23,8%) participantes cogitaram trocar de especialidade ou profissão, não havendo variação de opinião entre as categorias profissionais ($p = 0,96$). O desejo de abandonar o emprego ou função atual também não apresentou correlação com a percepção de cuidados desproporcionais na UTI ($p = 0,49$).

Oito (72%) médicos residentes de outras especialidades relataram medo de serem acionados

judicialmente em cenários de terminalidade, comparativamente a 5 (41,6%) médicos residentes de Medicina Intensiva, 7 (28%) médicos seniores, 5 (13,5%) enfermeiros e 15 (22,7%) técnicos de enfermagem ($p = 0,003$).

Em relação à justificativa de manutenção de cuidado desproporcional, as respostas mais prevalentes entre os profissionais foram: para médicos seniores, incerteza sobre a evolução do paciente (48%); para médicos residentes, cobrança da equipe assistente (39%); e, para enfermeiros e técnicos de enfermagem, falha de comunicação entre equipes (respectivamente, 43% e 40%) ($p = 0,005$).

Houve concordância completa ou parcialmente, sem variação estatisticamente significativa entre as categorias profissionais, nas seguintes nas assertivas: “tenho liberdade para decidir como realizar meu trabalho” (98 participantes ou 64,9%; $p = 0,23$); “sou responsável pelos gastos hospitalares” (143 participantes ou 94,7%; $p = 0,21$); “considero a UTI como o melhor lugar para morrer” (21 participantes ou 13,9%; $p = 0,55$); “considero o óbito como fracasso do tratamento” (10 participantes ou 0,06%; $p = 0,47$); e “outros pacientes se beneficiariam mais da UTI do que os que são geralmente internados” (96 participantes ou 63%; $p = 1,0$).

DISCUSSÃO

O presente estudo é o primeiro inquérito conduzido na América Latina que avaliou a percepção de cuidados desproporcionais envolvendo, além de médicos seniores e enfermeiros, médicos residentes e técnicos de enfermagem. Uma importante maioria de profissionais concorda que há cuidado desproporcional na UTI em que atuam, sem diferença de opiniões entre as categorias.

Nosso estudo revelou maior percepção de cuidados inapropriados do que estudos prévios^{2,3,5-8}, nos quais um a cada quatro enfermeiros e um a cada três médicos alegavam estar proporcionando terapêuticas desproporcionais. O fato de o nosso questionário englobar todo o contexto de trabalho do profissional de saúde, sem levar em conta um dia específico, pode justificar tamanha discrepância. A maioria dos entrevistados concordou que outros pacientes se beneficiariam mais da internação na UTI do que os que são geralmente internados, de maneira semelhante a estudo prévio¹⁰ no qual 73% dos pacientes admitidos na UTI foram considerados sem chance de sobrevivência por parte dos profissionais e apenas 33% dos mesmos alegaram que estes pacientes deveriam ter sido internados.

A percepção de cuidado desproporcional também está relacionada com fatores como perda de autonomia e excesso de trabalho⁵. Em nossa população, um menor número de participantes considerou troca de especialidade ou profissão comparativamente a estudo prévio⁵. Não observamos relação entre intenção de abandonar o emprego e percepção de cuidado desproporcional.

A maioria dos entrevistados reportou sentir-se livre para realizar seu trabalho e concordou que tem responsabilidade sobre gastos hospitalares. Parece haver o entendimento de que tratamentos fúteis são responsáveis por parcela importante dos recursos financeiros¹¹, com impacto particularmente negativo em países em desenvolvimento.

Constatamos divergência na avaliação do quesito colaboração entre as classes médicas e de enfermagem. É sabido que a equipe de enfermagem pode considerar sua participação insuficiente na tomada de decisões e dessa forma interpretar como uma falta de colaboração, sobretudo porque são constantemente procurados por familiares de doentes críticos¹². Em estudo prévio⁶, a maior percepção de cuidados desproporcionais por parte de enfermeiros comparativamente a médicos foi explicada pela maior permanência dos primeiros à beira-do-leito, refletindo a organização específica de trabalho no continente em que o estudo foi realizado.

As diferentes classes profissionais apontaram justificativas variadas para a manutenção de terapias desproporcionais, possivelmente relacionado com as funções específicas desempenhadas por cada profissional e a hierarquia na organização de trabalho¹³. Frequentemente, a instalação de cuidados paliativos ocorre de forma tardia e incorreta¹⁴. Semelhante a estudo anterior⁶, a incerteza sobre o prognóstico apareceu como fator mais prevalente para manutenção de terapias desproporcionais entre médicos seniores, muitas vezes baseado na dificuldade de predição de mortalidade na UTI^{6,15}. Em nosso estudo, médicos residentes apontaram

a cobrança da equipe assistente como o fator mais relevante para a tomada de decisão, divergindo de dados anteriores onde os médicos mais novos também levantavam a incerteza prognóstica⁶. Receio de judicialização se restringiu a médicos residentes de outras especialidades, possivelmente devido à pouca experiência e treinamento na área^{12,14}.

Dentre as limitações presentes nesse estudo está incluído o fato de ser um estudo unicêntrico e, portanto, refletir a organização do cuidado nesta instituição específica. No entanto, considerando tratar-se de um hospital universitário, público e de alta complexidade, acreditamos que abrange uma vasta quantidade de diferentes indivíduos dentro do Sistema de Saúde. A organização do formato de estudo na forma de um formulário com participação voluntária pode ter selecionado uma amostra mais participativa dentro da população, especialmente em função da baixa taxa de resposta deste estudo em comparação com estudos prévios^{2,3,5-8}. Ainda sobre a taxa de resposta, não foi realizada avaliação do perfil dos profissionais que não responderam ao questionário, o que pode limitar a generalização dos resultados. Não foi incluído questionário específico para avaliação de burnout para que o inquérito não ficasse demasiadamente extenso e inviável de ser respondido pelos profissionais. Por não ser um instrumento previamente validado, existe incerteza sobre até que ponto reflete apropriadamente a percepção de cuidados desproporcionais, o que é uma limitação comum aos estudos prévios^{2,3,5-8} nesse sentido. Também visando um questionário menos extenso, as perguntas foram mais curtas e as respostas mais restritas, limitando sua interpretabilidade.

CONCLUSÕES

A percepção de cuidado desproporcional dentro de uma UTI brasileira, abrangendo também a opinião de médicos em treinamento e de técnicos de enfermagem, assemelhou-se grandemente a dados prévios de outros países e continentes. Considerando a prevalência da percepção de cuidado desproporcional encontrado, é fundamental buscar um entendimento de por que isso ocorre e de que forma pode ser modificado. Pesquisas futuras podem auxiliar a compreender melhor as relações entre os profissionais e buscar ações que possam melhorar o dia a dia das equipes no cuidado do paciente crítico.

Financiamento

Não houve nenhuma espécie de financiamento para a realização do presente estudo.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram ausência de conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Kompanje EJ, Piers RD, Benoit DD. Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. *Curr Opin Crit Care*. 2013;19(6):630-5.
2. Moritz RD, Deicas A, Rossini JP, Silva NB, Lago PM, Machado FO. Perceptions about end of life treatment in Argentina, Brazil and Uruguay intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(2):125-32.
3. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG. "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care*. 2005;20(3):207-13.
4. Giannini A, Consonni D. Physicians' perceptions and attitudes regarding inappropriate admissions and resource allocation in the intensive care setting. *Br J Anaesth*. 2006;96(1):57-62.
5. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*. 2011;306(24):2694-703.
6. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Max A, Michalsen A, et al. Inappropriate care in European ICUs: confronting views from nurses and junior and senior physicians. *Chest*. 2014;146(2):267-75.
7. Anstey MH, Adams JL, McGlynn EA. Perceptions of the appropriateness of care in California adult intensive care units. *Crit Care*. 2015;19(1):51.
8. Schwarzkopf D, Rüdgel H, Thomas-Rüdgel DO, Felfe J, Poidinger B, Matthäus-Krämer CT, et al. Perceived nonbeneficial treatment of patients, burnout, and intention to leave the job among ICU nurses and junior and senior physicians. *Crit Care Med*. 2017;45(3):e265-73.
9. Hoppen CMS, Kissmann N, Chinelo JR, Coelho VP, Wenczenowicz C, Nunes FCL, et al. Alta prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas da cidade de Porto Alegre. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):115-20.
10. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med*. 1999;27(8):1626-33.
11. Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF, Savitsky TD, Guse D, Garber BJ, et al. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Intern Med*. 2013;173(20):1887-94.
12. Puntillo KA, McAdam JL. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*. 2006;34(11 Suppl):S332-40.
13. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs*. 2001;33(6):707-15.
14. Hillman K, Athari F, Forero R. States worse than death. *Curr Opin Crit Care*. 2018;24(5):415-20.
15. Castro R, Nin N, Ríos F, Alegría L, Estenssoro E, Murias G, et al. The practice of intensive care in Latin America: a survey of academic intensivists. *Crit Care*. 2018;22(1):39.

Recebido: 12 jul, 2021

Aceito: 09 mai, 2022