

CARTA AO EDITOR

Futilidade da cirurgia ao fim da vida e de emergência em pacientes de extremo alto risco: perspectiva de anestesistas versus cirurgiões

Caro editor,

Na Europa, um terço das admissões cirúrgicas são para procedimentos de emergência que apresentam risco de mortalidade de até 75% em pacientes de alto risco.^{1,2} Os procedimentos cirúrgicos também são realizados no final da vida. Nos EUA, 25% dos beneficiários do Medicare foram operados nos últimos 3 meses de vida³, o que pode aumentar o sofrimento emocional da família e dos pacientes, enquanto se espera pouco benefício. Isso levanta a questão da futilidade cirúrgica nesses pacientes.⁴ É um tópico particularmente relevante no contexto atual da crise da pandemia de SARS-CoV-2 com muitos hospitais saturados.

Vários fatores relacionados ao paciente e à família parecem orientar os cirurgiões na decisão de operar um paciente em situações de fim de vida ou emergência, mas pouco se sabe sobre os determinantes das atitudes dos anestesistas.⁵ A percepção de futilidade e a adequação para proceder à cirurgia podem diferir entre as duas profissões e podem levar a conflitos interprofissionais. Realizamos um estudo transversal em um grande hospital universitário na Suíça, explorando diferenças profissionais na definição de futilidade e fatores que levam à decisão de proceder ou não à cirurgia.

Após uma dispensa do Comitê de Ética Cantonal de Pesquisa em Seres Humanos, todos os anestesistas e cirurgiões de especialidades envolvidos no atendimento de emergência foram convidados a responder a um questionário anônimo de 60 itens baseado na web entre março e abril de 2019. O questionário foi desenvolvido após uma revisão formal da literatura e pré-testado entre especialistas clínicos hospitalares em cuidados paliativos e medicina de emergência.

Incluiu uma vinheta clínica descrevendo um paciente traumatizado (trauma cervical e fratura pélvica hemorrágica) com parada cardíaca e um diagnóstico recente de câncer de pulmão com um primeiro ciclo de quimioterapia já planejado. Os participantes tiveram que decidir se iriam ou não prosseguir com a cirurgia e justificar a sua escolha. As outras partes do questionário se concentraram em médicos, fatores relacionados ao hospital e avaliaram a concordância com várias definições de futilidade e percepção de autonomia dos médicos. As respostas foram avaliadas em uma escala de quatro pontos, variando de concordo totalmente a discordo totalmente. Até um máximo de 3 lembretes foram enviados a todos os participantes.

Para análise descritiva foram utilizadas frequências, proporções e médias com desvio padrão. Para comparar as decisões de proceder, definição de futilidade e percepção de autonomia entre cirurgiões e anestesistas, foi realizada análise univariada. As respostas foram dicotomizadas e foi utilizado o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher. O risco relativo com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) foi calculado. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. As análises foram realizadas no software estatístico Stata 15 (StataCorp LLC, College Station, Texas, EUA).

Um total de 109 (42%) participantes – 62 anestesistas e 47 cirurgiões – responderam ao questionário. Entre os não respondentes, descobrimos que 14% não estavam disponíveis ou não tiveram acesso ao seu e-mail durante o período da pesquisa (confirmado por respostas automáticas de ausência temporária) e 2% não eram elegíveis (estudantes de medicina incluídos por erro nas listas de discussão departamentais).

A maioria dos participantes (71%) concordou em proceder à cirurgia do paciente traumatizado descrito na vinheta, não havendo diferença significativa entre os grupos profissionais ($p = 0,87$). Entre os 29% que responderam que não procederiam à cirurgia, paciente com parada cardíaca (80,5%) e baixa qualidade de vida esperada (89,7%) foram os dois motivos mais comumente defendidos.

Houve várias diferenças entre as profissões em relação aos critérios que definem a futilidade da cirurgia (Tabela 1.A)

Tabela 1. Percepção de futilidade e sentimento de autonomia						
A. Perguntas relacionadas à futilidade	Anestesiologistas (n=62)		Cirurgiões (n=47)		RR (IC 95%) Cirurgiões vs Anestesiologistas	Valor - p
	Discordo (parcialmente/ totalmente)	Concordar (parcialmente/ totalmente)	Discordo (parcialmente/ totalmente)	Concordar (parcialmente/ totalmente)		
Você em um estágio ou outro considerou que operar o paciente descrito na vinheta poderia ser fútil?	12 (20%)	50 (80%)	9 (19%)	88 (81%)	1,01 [0,38-2,65]	0,978
Uma cirurgia que não traz nenhum benefício fisiológico deve ser considerada fútil.	15 (24%)	47 (76%)	8 (17%)	39 (83%)	1,55 [0,59-4,05]	0,363
Uma cirurgia que traga benefícios incertos não deve ser considerada fútil.	25 (40%)	37 (60%)	10 (21%)	37 (79%)	2,50 [1,05-5,92]	0,035
Uma cirurgia incapaz de oferecer uma boa qualidade de vida pós-operatória é inútil.	24 (39%)	38 (61%)	28 (60%)	19 (40%)	0,42 [0,19-0,93]	0,031
Uma cirurgia é sempre inútil quando o paciente é muito idoso.	57 (92%)	5 (8%)	46 (98%)	1 (2%)	0,24 [0,02-2,19]	0,178
Uma cirurgia é sempre inútil quando o paciente tem demência grave.	38 (61%)	24 (39%)	36 (77%)	11 (23%)	0,48 [0,20-1,12]	0,090
Uma cirurgia é inútil se o paciente tiver uma expectativa de vida de um mês (e a cirurgia não afeta o prognóstico).	19 (31%)	43 (69%)	8 (17%)	39 (83%)	2,15 [0,84-5,47]	0,103
Uma cirurgia fútil é aceitável se o paciente pedir.	48 (77%)	14 (23%)	41 (87%)	6 (13%)	0,50 [0,17-1,42]	0,190
Uma cirurgia é inútil se o paciente tiver uma expectativa de vida de uma semana.	8 (13%)	54 (87%)	4 (9%)	43 (91%)	1,59 [0,44-5,64]	0,468
Uma cirurgia pode ser inútil mesmo para um paciente jovem.	4 (6%)	58 (94%)	4 (9%)	43 (91%)	0,74 [0,17-3,13]	0,683
Uma cirurgia fútil é aceitável se a família pedir.	54 (87%)	8 (13%)	45 (96%)	2 (4%)	0,30 [0,06-1,48]	0,121
Uma cirurgia não é fútil apenas se traz benefícios para o paciente.	18 (29%)	44 (71%)	13 (28%)	34 (72%)	1,07 [0,46-2,48]	0,875

Tabela 1. Percepção de futilidade e sentimento de autonomia (continuação)

B. Questões relacionadas à autonomia

Você concorda em cuidar de um paciente com uma “ordem de NR” na sala de emergência.	16 (26%)	46 (74%)	22 (47%)	25 (53%)	0,39 [0,17-0,88]	0,023
Antes de atender um paciente com “ordem de NR”, você discute novamente os limites da ordem com o paciente e sua família.	10 (16%)	52 (84%)	4 (9%)	43 (91%)	2,06 [0,60-7,05]	0,239
Você explica todas as implicações e possíveis complicações dos cuidados anestésicos/cirúrgicos.	10 (16%)	52 (84%)	0	47 (100%)	1,90 [1,57-2,29]	0,004
Você se sente à vontade para decidir se quer ou não cuidar de um paciente na sala de cirurgia.	43 (69%)	19 (31%)	10 (21%)	37 (79%)	8,37 [3,46-20,24]	<0,001
Sua opinião sobre cuidar ou não de um paciente na sala de cirurgia é respeitada.	33 (53%)	29 (47%)	8 (17%)	39 (83%)	5,54 [2,23-13,77]	<0,001
Você está envolvido durante todas as fases da avaliação do paciente antes da sala de cirurgia.	34 (55%)	28 (45%)	13 (22%)	34 (78%)	3,17 [1,41-7,15]	0,005
Sua avaliação pode modificar o atendimento do paciente na sala de cirurgia.	25 (40%)	37 (60%)	17 (36%)	25 (64%)	1,19 [0,54-2,60]	0,659
Você sente pressão ao decidir cuidar de um paciente na sala de cirurgia.	33 (53%)	29 (47%)	43 (92%)	4 (8%)	0,10 [0,03-0,33]	<0,001
Você é o único que pode decidir se o paciente deve ser operado.	59 (95%)	3 (5%)	36 (83%)	11 (17%)	6,00 [1,57-23,00]	0,004

Os resultados são expressos em números (porcentagens). NR: não reanimar, SC: sala de cirurgia.

Em comparação com os anestesistas, os cirurgiões eram mais propensos a proceder à cirurgia (79% vs. 60%), apesar do benefício pós-operatório incerto ($p = 0,035$). Eles também foram menos propensos do que os anestesistas (40% vs. 61%) a considerar que um procedimento cirúrgico incapaz de oferecer uma boa qualidade de vida pós-operatória era fútil ($p = 0,031$).

Essas diferenças podem estar relacionadas à cultura profissional dos cirurgiões. Não oferecer a cirurgia pode ser percebido como “desistir” e os cirurgiões podem se sentir compelidos a “fazer todo o possível para salvar o paciente”. em paciente com “ordem de não reanimar” ($p = 0,023$). A razão mais mencionada nas respostas de texto livre foi a provisão de procedimentos de alívio da dor, principalmente se isso pudesse ser feito com o uso de técnicas de anestesia não invasivas.

O sentimento geral de autonomia decisória foi menor entre os anestesistas do que entre os cirurgiões (Tabela I.B).

Eles se sentiram menos livres do que os cirurgiões (69% vs. 79%, $p < 0,001$) para decidir se devem ou não proceder à cirurgia. Com maior frequência, sentiram que sua opinião não foi levada em consideração e que sentiram pressão hierárquica para proceder à cirurgia. Outro achado foi que os anestesistas informaram menos os pacientes do que os cirurgiões (84% vs. 100%) sobre todas as possíveis complicações de uma intervenção de emergência ($p < 0,005$).

Este estudo tem limitações. O desenho transversal do estudo não permite inferências causais, mas apenas especulações. Foi um estudo de centro único e a generalização dos resultados é limitada a hospitais e ambiente de trabalho semelhante ao cenário do estudo. Em terceiro lugar, abordamos todos os anestesistas e cirurgiões de especialidades ligados à unidade de emergência. Mas apenas aqueles que tinham experiência substancial no cenário de emergência responderam, limitando a taxa

de resposta e a generalização dos resultados do estudo. No entanto, como os grupos de profissionais cirúrgicos e anestesistas estavam bem representados, o estudo tem boa validade interna.

Apesar das limitações, nosso estudo mostrou que os anestesistas se sentiram mais preocupados do que os cirurgiões com o benefício da cirurgia e a qualidade de vida pós-operatória. Em contraste, eles eram mais propensos a prosseguir com a cirurgia em pacientes com “ordens de não reanimar” e informaram os pacientes em menor grau sobre todas as possíveis complicações pós-operatórias.

Isso evidencia a ambiguidade do papel que os anestesistas desempenham nos procedimentos de emergência de alto risco, pois estão preocupados com a importância de proporcionar benefícios ao paciente, mas também expostos à pressão externa para realizar a cirurgia em qualquer circunstância, sem informar totalmente o paciente sobre complicações pós-operatórias.

Esses achados do estudo podem contribuir para melhorar a compreensão mútua quando ocorre desacordo entre as duas especialidades. Pode ajudar a resolver conflitos no atual contexto de hospitais sobrecarregados.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuírem conflitos de interesse.

Referências

1. Prin M, Guglielminotti J, Mtalimanja O, Li G, Charles A. Emergency-to-Elective Surgery Ratio: A Global Indicator of Access to Surgical Care. *World J Surg.* 2018 Jul; 42(7):1971-1980. doi:10.1007/s00268-017-4415-7. PMID: 29270649.
2. Chiu AS, Jean RA, Resio B, Pei KY. Early postoperative death in extreme-risk patients: A perspective on surgical futility. *Surgery.* 2019 Sep; 166(3):380-385. doi: 10.1016/j.surg.2019.05.002. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31208864.
3. Kwok AC, Semel ME, Lipsitz SR, Bader AM, Barnato AE, Gawande AA, Jha AK. The intensity and variation of surgical care at the end of life: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2011 Oct 15; 378(9800):1408-13. doi:10.1016/S0140-6736(11)61268-3. Epub 2011 Oct 5. PMID: 21982520.
4. Maerz LL, Mosenthal AC, Miller RS, Cotton BA, Kirton OC. Futility and the acute care surgeon. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015 Jun;78(6):1216-9. doi: 10.1097/TA.0000000000000622. PMID: 26151525
5. Morris RS, Ruck JM, Conca-Cheng AM, Smith TJ, Carver TW, Johnston FM. Shared Decision-Making in Acute Surgical Illness: The Surgeon's Perspective. *J Am Coll Surg.* 2018 May;226(5):784-795. doi: 10.1016/j.jamcoll-surg.2018.01.008. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29382560

**Rosa Tesoro^{a,*}, Melanie Suppana,
Arnaud Dupuis^b, Monica Escher^c, Guy Haller^a**

^a *Hospitais Universitários de Genebra, Terapia Intensiva e Medicina de Emergência, Departamento de Anestesiologia, Farmacologia Clínica, Divisão de Anestesiologia, Genebra, Suíça*

^b *Hospitais Universitários de Genebra, Departamento de Cirurgia Visceral, Genebra, Suíça*

^c *Hospitais Universitários de Genebra, Departamento de Reabilitação e Geriatria, Divisão de Cuidados Paliativos, Genebra, Suíça*

* Autor correspondente.

E-mail: rosa.tesoro@hcuge.ch (R. Tesoro).

Recebido em 25 de novembro de 2021; aceito em 14 de abril de 2022