

Artigo Comentado:

Dr. Zilfran Carneiro Teixeira - Comitê de Cuidados Paliativos



JAMA Network Open. 2019;2(1):e187851.

Original Investigation | Critical Care Medicine

Intuitive vs Deliberative Approaches to Making Decisions About Life Support A Randomized Clinical Trial

Emily B. Rubin, MD, JD; Anna E. Buehler, BA; Elizabeth Cooney, MPH; Nicole B. Gabler, PhD; Adjoa A. Mante, BA; Scott D. Halpern, MD, PhD

O aumento de pacientes com doenças graves, crônicas e que não possuem um prognóstico favorável a médio e longo prazo tem crescido de modo significativo nas últimas décadas, com o envelhecimento populacional e os avanços terapêuticos que proporcionaram maior sobrevida a pacientes que outrora não teriam esse benefício. Contudo, esse cenário tem sido também um propulsor para o questionamento de quais intervenções são úteis e quais são não benéficas no tratamento desses pacientes e além disso como e quem deve tomar a decisão de quais propostas terapêuticas devem e quais não devem ser tomadas, sobretudo quando essas intervenções possam interferir na qualidade de vida do paciente nessa etapa de sua vida. Nesse contexto esses pacientes com patologias graves tendem a ser encorajados a proferir suas preferências quanto ao tratamento que desejam receber no final de suas vidas. Entre tantas perguntas ainda sem uma resposta, o processo de decisão do paciente ainda é tema de muitos questionamentos. Uma dessas indagações é sobre como fazer a definição sobre esse processo de cuidado no final de vida, de modo deliberativo ou intuitivo. O modo deliberativo é baseado em uma maior ponderação, análise e reflexão crítica de todo o cenário e de suas perspectivas, o que poderia reduzir erros de tomadas de decisão, proporcionando uma escolha baseada em seus valores. O modo intuitivo, em contrapartida é baseado em uma escolha mais automatizada, sem maior divagação ou análise crítica, sendo portanto, mais rápido e tendo uma formatação mais associativa, o que pode proporcionar a retirada de certos filtros para a tomada de decisão que respeite valores mais íntimos e realmente existenciais do paciente, podendo assim inclusive melhorar o discernimento nesse momento. Nesse processo, as indagações para que o paciente chegue a sua decisão, podem levar a erros sistemáticos de julgamento. Ambos modos de processamento podem obviamente sofrer impacto de inúmeros fatores, como os valores morais do paciente, sua religiosidade, autocontrole e a cooperação social que o envolve, por exemplo. Apesar de, em geral, o processo deliberativo de tomada de decisão ser o utilizado com maior frequência, as evidências que corroboram por tal escolha nas decisões sobre os tratamentos no momento final da vida desses doentes ainda são escassas e não justificam a escolha de um método em relação ao outro.

Tendo como base essa lacuna, o presente trabalho tentou identificar as diferenças entre as decisões sobre a intensidade do tratamento no final de vida tomadas de modo deliberativo e as tomadas de modo intuitivo por pacientes com patologias oncológicas (neoplasia maligna sólida em estágio avançado, linfoma em estágio avançado, leucemia mielóide aguda, ou com neoplasia maligna em estágio inicial, mas com internação no ano do estudo), cardíacas (insuficiência cardíaca NYHA III ou IV, ou II com internação no ano corrente do estudo) ou pulmonares (doenças obstrutivas ou restritivas) graves e com idade superior a 60 anos por meio da realização de um ensaio clínico randomizado, realizado em um hospital universitário, onde os pacientes deveriam responder a cinco questões sobre as suas preferências quanto ao suporte de vida e objetivos gerais de cuidado (04 cenários clínicos: 1. sonda para alimentação devido a aspiração crônica, podendo falecer mais precocemente sem o dispositivo; 2. Tratamento com antibiótico para infecção grave aumentando o tempo a sobreviva de 1-2 semanas para alguns meses; 3. ser entubado por insuficiência respiratória para ter uma chance de 50% de sobrevivida ou ter morte certa sem intercorrência); 4. traqueostomia por insuficiência respiratória prolongada ou evoluir para óbito sem intervenção; Esclarecido que nos cenários 03 e 04 em caso de sobrevivida, os pacientes seguiriam vivendo em uma casa de repouso ou em um centro médico e que dependeriam de terceiros e por fim responder uma preferência sobre uma abordagem geral na presença de uma doença crítica: baixa intensidade, dando prioridade ao alívio dos sintomas, intensidade moderada, com tratamentos iniciais agressivos, mas sem medidas de prolongamento de vida, ou alta intensidade, mantendo todas medidas possíveis para prolongar a vida).

As respostas foram então pontuadas conforme a Escala de conflito Decisional (1 - sou claro que é a melhor escolha para mim, 2 - tenho certeza do que escolhi, 3 - essa decisão é fácil para mim), além de uma escala de 0 a 10 quanto foi o esforço mental para se lembrar dos números enquanto respondiam as questões e de uma escala de Likert de 5 pontos o quanto debilidades físicas e cognitivas eram relevantes perante a probabilidade de óbito (pior que a morte, nem melhor nem pior que a morte, pouco melhor que a morte , um pouco melhor que a morte, muito melhor que a morte).

No grupo intuitivo os pacientes necessitavam responder a cada questão de modo instintivo e imediato (sendo que antes de cada cenário clínico os pacientes recebiam um número de 5 dígitos para ser lembrado e repetido após responder cada questão, para limitar a deliberação, ocupando a memória dos pacientes). Enquanto os do grupo deliberativo foram instruídos a pensar cuidadosamente (tendo 01 minuto de reflexão para cada pergunta) sobre suas respostas, tendo ainda que explicá-las (nesse grupo um número apenas .01 dígito foi informado para repetir a mesma sistemática). Ambos os grupos também responderam a uma pergunta lógica básica para determinação se seriam aptos para responder o questionário e receberam orientações básicas sobre sondas para alimentação, intubação endotraqueal e traqueostomia. Por fim, ambos grupos responderam se tinham testamento e se tiveram conversas no último ano sobre suas preferências de tratamento. Foram classificados como desfechos primários as decisões sobre os suportes de vida e as metas de cuidado nas cinco perguntas. Os secundários foram a incerteza perante a decisão, escolhas concordantes com o valor (recusa de formas de suporte de via em cenários em que a aceitação resultasse em estados que os pacientes classificassem como pior do que a morte). Perante esses questionamentos, os autores hipotetizaram que os pacientes do grupo deliberativo realizariam escolhas mais concordantes com a avaliação do estado de saúde associado.

Para esse estudo, 1255 pacientes foram elegíveis, dos quais 372 foram excluídos (162 por não concordarem em participar), totalizando 200 pacientes (01 decidiu sair do estudo e revogou o termo de

consentimento informado após a randomização). Dos 199 pacientes restantes, 66% eram homens, com média de idade 67,2 +/- 5 anos. Não houve diferença significativa perante o perfil educacional, sócio-econômico ou das patologias de base da paciente entre os grupos. Não houve diferença significativa quanto a aceitação de sonda para alimentação (42% do grupo intuitivo e 44% do grupo deliberativo, $p=0,79$), de antibioticoterapia para infecção com risco de vida em caso de doença terminal (39% vs 43% respectivamente, $p=0,57$), de um ensaio de ventilação mecânica (59% vs 60%, $p=0,88$) e de traqueostomia (37% vs 41%, $p=0,64$). O grupo deliberativo teve maior tendência a escolher abordagem paliativa para o tratamento de doenças graves (45% vs 30%, $p=0,04$). Enquanto que o grupo que tomou decisões de modo intuitivo teve avaliações igualmente ou mais alinhadas com as avaliações do estado de saúde. Os pacientes do grupo intuitivo também apresentaram um esforço mental maior em relação ao deliberativo ($p<0,001$). Nos dois grupos, a incerteza decisional foi semelhante ($p>0,05$). As respostas quanto as questões de lógica foram semelhantes nos grupos ($p=0,14$). Independente do grupo testado, os pacientes que já tinham realizado testamento ou que conversaram por no mínimo duas vezes tiveram menor probabilidade de escolher abordagens de cuidado mais agressivas. Com base nesses resultados os autores concluíram que os pacientes idosos, com doenças graves, deliberar sobre as decisões a cerca das medidas a serem adotadas no fim de vida não alterou o conteúdo ou a qualidade das decisões. O que leva a questionamentos perante a forma de abordagem e de decisão nesse momento delicado de interação médico-paciente.

Porém inúmeras ponderações devem ser avaliadas. Primeiramente, apesar das ponderações e da gravidade dos pacientes (que tinham alto risco de evoluírem com as situações abordadas em um período curto de tempo), os sujeitos da pesquisa foram abordados perante situações hipotéticas. O que não configura certeza de que perante uma situação vivenciada a resposta e ação adotada seriam as mesmas proferidas no inventário. Outro ponto a ser avaliado é que estamos diante de um estudo em uma população homogênea, composta em sua maioria por homens, brancos, casados e que mais de 75% desses tinham formação escolar superior a 12 anos, 66% cristãos, e que mais de 30% tinham renda anual superior a 100.000 dólares, em um centro único, em um hospital universitário nos Estados Unidos. Esses dados amostrais, não configuram uma realidade que possa ser extraída como verdadeira em outras situações e contextos sociais, como por exemplo em um hospital público de um país em desenvolvimento. Além disso, o processo de decisão pode sofrer influências do nível de informação e das interações do paciente com o seu meio, sua crença religiosa e demais aspectos sócio-culturais. Outro ponto que pode ser associado a ausência de diferença é que como foram abordados pacientes com doenças graves e que poderiam, portanto, já ter dimensionamento de seu prognóstico, poderia ter gerado certa confusão na interpretação de dados, pois apesar de existirem dois grupos, os pacientes do grupo intuitivo poderiam já ter deliberado sobre as questões abordadas previamente, o que pode realmente ser uma realidade, sendo que mais de 50% da amostra já tinham formalizado testamento ou duas ou mais conversas sobre o manejo no final de vida no ano anterior ao estudo.

Os dados ainda levam a considerar que por mais que o indivíduo possa deliberar sobre os fatos, isso pode não alterar suas decisões no final de vida, mantendo taxas de concordância com seus valores, valendo, contudo, ressaltar que nessa amostra a deliberação foi associada a maior probabilidade de escolha por cuidados paliativos.

Outro ponto significativo para discussão é que 162 pacientes não aceitaram participar e 01 decidiu sair do estudo após a randomização. A possibilidade da perspectiva das respostas desses indivíduos poderia tanto corroborar como declinar do resultado final do estudo.

A tomada de decisão perante o entrevistador, sem a possibilidade de envolvimento de outros familiares ou de pessoas próximas pode também ter influenciado na tomada de decisão dessa população. Todavia, abre a possibilidade de avaliarmos que não existe um único de abordagem ou mesmo de tomada de decisão em situações de final de vida e portanto, as nuances de cada paciente devem ser consideradas e respeitadas, individualizando ao máximo não apenas o momento da tomada de decisão sobre os processos de cuidado de fim de vida como todo o desenrolar do seu manejo. Assim tanto a intuição como a deliberação do paciente podem ser abordadas e consideradas e todas as ferramentas e estratégias devem ser utilizadas de modo correto nos momentos em que forem propícias e indicadas.

Questões para discussão:

1. Na nossa realidade (Brasil) haveria um modelo mais adequado para a tomada de decisão de final de vida?
2. As tomadas de decisão podem ser afetadas por inúmeras variáveis, sejam elas de cunho cognitivo, social ou mesmo religioso. Como poderíamos pensar um modelo de abordagem levando em consideração prognóstico, contexto e valores para melhor contribuir nessa tomada de decisão?
3. A tomada de decisão em pacientes com diretivas antecipadas sobre os cuidados de final de vida, poderia ter alguma abordagem diferente das apresentadas?