

Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência

Social criteria for selecting patients in emergency services

Paulo Antonio de Carvalho Fortes,^a Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli^b e Simone Ribeiro Spinetti^{a*}

^aDepartamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^bEscola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Seleção de pacientes.[#] Serviços de emergência médica.[#] Bioética.[#] Ética institucional.[#] Pesquisa sobre serviços de saúde. Dotação de recursos para cuidados de saúde.

Keywords

Patient selection.[#] Emergency medical services.[#] Bioethics.[#] Ethics, institutional. Health services research. Health care rationing.

Resumo

Objetivo

Analisar escolhas realizadas por graduandos de primeiro e de último ano em administração hospitalar, para a seleção de pacientes em serviços de emergência médica.

Métodos

Foi estudada uma amostra acidental de 64 alunos do primeiro ano e 25 do quarto ano, presentes na sala de aula no primeiro dia letivo, em 1999, do curso de administração hospitalar de instituição de ensino de São Paulo, SP, Brasil. Para coleta de dados, foi realizado questionário com nove situações hipotéticas, que envolviam critérios passíveis de ocorrer na seleção de pacientes dentro de um serviço de emergências médicas: idade, sexo, condição econômica, estilo de vida e responsabilidade social.

Resultados

Foram encontradas diferenças significativas nas opções feitas pelos dois grupos de alunos pesquisados, em relação aos critérios de condição econômica e estilo de vida.

Conclusão

Os resultados apontam para uma aceitação, por parte dos estudantes pesquisados, de critérios sociais como variáveis para tomada de decisão, em situação de recursos limitados.

Abstract

Objective

To identify the social first-year and senior undergraduate students of a healthcare management course used for selecting patients who need emergency medical care.

Methods

A random sample of 64 first-year and 25 senior year students of a healthcare management course in São Paulo, Brazil, were studied. To collect data, a survey instrument was developed with nine hypothetical simulated case scenarios, including the social criteria involved in the patient selection process, such as age, sex, economical status, life-style, and social duty.

Results

There were significant differences in the two groups concerning criteria such as the patient's life-style and economic status.

Correspondência para/Correspondence to:

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Faculdade de Saúde Pública, USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: pacfusp@usp.br

Subvencionado pela Fapesp (Processo 98/017464).

*Aluna de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Recebido em 5/9/2000. Reapresentado em 21/6/2001. Aprovado em 23/7/2001.

Conclusions

The results suggest that the respondents accept the inclusion of social criteria in the decision-making process in a situation of scarce resources.

INTRODUÇÃO

No cotidiano dos serviços de saúde, emergem dilemas de cunho bioético quanto à microalocação de recursos, seja para a seleção de candidatos a vagas em hospitais, para os serviços de terapia intensiva ou de alta tecnologia, ou para a escolha de indivíduos para receber órgãos escassos para transplantes. Isto resulta em decisões que envolvem a escolha de quem deve ter saúde, de quem deve viver e a quem será negada a oportunidade de vida e saúde.¹⁰

Para a seleção de pessoas candidatas a escassos recursos de saúde, a literatura especializada em bioética aponta a utilização de diversos critérios: objetividade médico-científica, lista de espera, triagem, randomização e critérios sociais. A maior parte destes se fundamenta no princípio da utilidade social, considerando que as pessoas tenham diferente valor para a sociedade e aceitando diferenças de valor das pessoas com a sociedade. São empregados como critérios sociais: a cooperação do paciente com os profissionais de saúde, a idade, o sexo, a força de trabalho potencialmente afetada e recuperada, o potencial e a expectativa de vida, a qualidade ajustada de anos de vida e o ambiente de apoio para seguimento de tratamento. Podem ser lembrados, também, as condições sociais e econômicas para apoio do necessitado, a adscrição de clientela, o mérito social, a responsabilidade social e o estilo de vida considerado não saudável.^{4,9}

O objetivo do presente estudo é conhecer e analisar as diferenças na utilização de alguns critérios sociais, em hipotéticas situações de seleção de pacientes em serviço de emergências, por alunos ingressantes e de último ano do curso de administração hospitalar.

MÉTODOS

A presente pesquisa faz parte de um projeto sobre "dilema da escolha de quem deve viver".* A coleta de dados foi realizada por meio de questionário individualizado, contendo quesitos relativos a situações hipotéticas ocorridas em serviço de emergência. As situações se referiam à existência de duas pessoas correndo igual risco de vida e necessitando de atendimento em um serviço hospitalar de emergência. Ambas necessitavam de internação, sendo que apenas uma

vaga estava disponível na instituição. Foi requerido aos pesquisados que escolhessem quem deveria ser priorizado para a internação.

Em cada situação apresentada, os dois pacientes hipotéticos se diferenciavam apenas por algum critério social: idade, sexo, condição econômica, estilo de vida ou responsabilidade social.

A população-alvo foi composta por uma amostra acidental de 64 alunos do primeiro ano e 25 graduandos do quarto ano de administração hospitalar de instituição de ensino em São Paulo, SP, que estavam presentes em sala de aula no primeiro dia letivo de fevereiro de 1999.⁵

Os pesquisados representaram, respectivamente, 83% e 75% das classes estudadas, que têm composição numérica bastante desigual.

Um dos autores, após explicar os propósitos da pesquisa, apresentou a cada aluno um termo de responsabilidade assinado pelo pesquisador responsável, contendo objetivos, procedimentos metodológicos, explicação da não-necessidade de identificação nominal, garantia de anonimato e de liberdade para recusa sem implicações institucionais. Após leitura do termo pelos alunos, foi solicitado e obtido o consentimento; não houve recusas.

Os resultados referentes a cada quesito foram analisados, observando-se as diferenças entre as duas classes de alunos, e submetidos a tratamento estatístico de associação (teste do qui-quadrado), considerando-se as diferenças como significativas quando iguais ou inferiores a 0,05 (5%). A hipótese inicial levantada pelos pesquisadores foi que haveria significativas diferenças entre os alunos respondentes de primeiro e último ano.

RESULTADOS

Idade

Os resultados do confronto entre uma criança de 7 e um idoso de 65 anos, vítimas de acidente de carro, mostraram que a criança foi privilegiada pelos dois grupos de alunos: 52 (82,9%) alunos do primeiro ano a escolheram, assim como 25 (100%) estudantes do quarto ano ($p < 0,05$).

*Pesquisa aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Quando a opção foi entre dois homens, também vítimas de acidente automobilístico, um com 25 anos e outro com 65 anos de idade, o jovem foi escolhido por 33 (51,5%) primeiranistas e por 23 (92%) alunos do quarto ano ($p < 0,05$).

Sexo

Entre um homem e uma mulher, ambos com 30 anos de idade, vítimas de acidente de carro, 49 (76,5%) primeiranistas e 18 (72%) quartanistas priorizaram a mulher para a única vaga disponível no hospital, sem diferenças significativas entre os dois grupos respondentes ($p > 0,05$).

Responsabilidade social

Nas duas questões referentes a uma suposta responsabilidade social, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos pesquisados. Entre uma mulher com três filhos e outra com um filho, ambas com broncopneumonia, os dois grupos escolheram aquela com maior número de filhos: 62 (96,8%) primeiranistas e 23 (92%) quartanistas ($p > 0,05$).

No outro quesito, uma mulher casada foi majoritariamente escolhida quando confrontada com uma solteira. Nesse caso, também não houve diferenças significativas entre os grupos: 45 (70%) dos primeiranistas e 16 (64%) dos quartanistas optaram pela casada ($p > 0,05$).

Condição econômica

Duas questões trataram desse critério. Na escolha entre duas mulheres, uma com renda familiar de R\$ 500,00 e outra com R\$ 3.000,00, ambas com crise cardíaca, os resultados mostraram significativas diferenças entre as escolhas efetuadas pelos respondentes das duas classes. Se entre os estudantes de primeiro ano, 53 (82,8%) selecionaram a mulher com menor renda, o mesmo não se deu com os alunos do último ano. Entre estes, apenas 14 (56%) das escolhas privilegiaram a mulher com menor renda familiar ($p < 0,05$).

No quesito que apresentava dois homens com crise de diabetes, um deles estando desempregado, os alunos de primeiro ano, como na questão anterior, optaram em sua maioria pelo homem em posição mais desfavorecida – o desempregado –, que foi priorizado por 48 (75%) alunos. Diversamente, a maioria dos quartanistas, representada por 16 (64%) escolhas, selecionou a pessoa empregada para ocupar o único leito disponível ($p < 0,05$).

Estilo de vida

O estudo utilizou duas situações que envolviam pessoas às quais se poderiam atribuir, hipoteticamente, a existência anterior de estilo de vida não saudável. A primeira referente à escolha entre um homem fumante e um não fumante, ambos com forte crise de bronquite. Nesse caso, também houve significativa diferença entre os grupos, pois os alunos do quarto ano deram preferência ao atendimento da pessoa não fumante, com 21 (84%) escolhas, enquanto assim o fizeram apenas 26 (40,6%) alunos do primeiro ano ($p < 0,05$).

Na escolha entre duas mulheres com problemas hepáticos, causados por alcoolismo ou por hepatite, as duas classes optaram preferencialmente pela mulher com problemas derivados de hepatite: 58 (92,2%) alunos de primeiro ano e 16 (64%) quartanistas ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A escolha de alunos de administração hospitalar para esse trabalho se deveu ao entendimento de que os profissionais dessa área, devido à posição privilegiada que ocupam na estrutura organizacional, exercem, atualmente, importante papel no desenvolvimento dos valores éticos organizacionais, sem, evidentemente, retirar a responsabilidade dos médicos pela tomada de decisão em situações como as expostas.¹³

No caso do uso de critérios sociais para a seleção de pessoas necessitadas de recursos limitados de saúde, há, entre os bioeticistas e as associações de profissionais de saúde, posições divergentes na defesa ou na recusa de sua validade ética. Os defensores da validade do uso desses critérios alegam que, por vezes, é melhor utilizá-los do que deixar que as decisões sejam aleatórias. Entretanto, há inúmeros opositores da utilização de critérios sociais para a priorização de candidatos a limitados recursos de saúde, por os julgar como “moralmente arbitrários”, pois critérios sociais conduziram, muitas vezes, ao aprofundamento das desigualdades trazidas pelas lobbies biológica e social, como a discriminação de indivíduos ou grupos minoritários, o reforço do sexismo, do racismo e de outras condenáveis atitudes e práticas sociais.^{1,11}

A pesquisa mostrou que alguns critérios sociais entre os pesquisados parecem ser quase consensuais, devido à alta frequência de respostas referentes a responsabilidades sociais, como casamento e número de filhos, que apareceram como critérios favoráveis

para a priorização no atendimento, assim como o atendimento prioritário de mulheres frente aos homens de mesma idade e a priorização dada à criança.

Os idosos foram preteridos quando suas necessidades eram confrontadas com escolares ou jovens. Os resultados de ambos os grupos pesquisados se assemelham aos de Busschbach et al³ (1993), em pesquisa realizada na Holanda, sobre a priorização de pessoas com problemas renais para transplante. Quando confrontadas duas pessoas – uma com 35 anos e outra com 60 anos de idade –, ambas candidatas a uma única possibilidade de realização de transplante renal, os respondentes optaram por melhorar a qualidade de vida do mais jovem por parecer maior a possibilidade deste de realizar futuros benefícios sociais.

A não-priorização de pessoas idosas leva a ponderar que o fato de aceitar a idade como um dos fatores para a microalocação de recursos possa significar o entendimento de um limite natural para a vida humana a ser validado moralmente. Posição bastante discutível para ser acatada, se levadas em conta as profundas modificações na estrutura etária das populações, como a ampliação da esperança de vida, que aconteceu nas últimas décadas do século XX, mediante um aumento da proporção de pessoas maiores de 65 anos.

Pode-se então considerar que a utilização do critério de exclusão por idade para o fornecimento de cuidados seja moralmente errônea, pois se baseia apenas em estatísticas artificiais que não levam em conta as individualidades. Mesmo que se aceitem orientações de utilidade social, existem, por exemplo, pessoas com 75 anos de vida que têm diferentes possibilidades de atuação social; umas chegam a cargos importantes no setor público – governadores, senadores –, outras, no setor privado – dirigentes de empresas –, e a idade não lhes é necessariamente uma desvantagem.

Assim, limitar o acesso de cuidados de saúde aos idosos parece uma decisão arbitrária, segundo o *British Medical Association* e a Associação Médica Mundial, entidades que se posicionam contrariamente à utilização da idade ou da redução da capacidade mental como indicadores de exclusão para tratamentos necessários.²

Significativa também foi a diferença de orientação entre os primeiranistas e os alunos de último ano quanto às respostas aos quesitos que envolviam o critério social de condição econômica. Se os iniciantes no curso priorizaram aqueles em condições mais desfavorecidas – desempregados e com menor renda –, tal fato não ocorreu com os que estavam para finalizar a graduação, prontos para entrar no mercado de trabalho.

A priorização dos primeiranistas pesquisados foi similar ao que foi encontrado em pesquisa com 395 acompanhantes de usuários em atendimento no Hospital Público de Diadema, SP. Ao utilizar iguais procedimentos metodológicos e também objetivar a análise de critérios sociais considerados nas escolhas e justificativas para seleção de pacientes no atendimento de emergências médicas, os resultados da pesquisa mostraram que 376 (95,2%) dos entrevistados escolheram a pessoa de menor renda, e 353 (89,4%) optaram pela pessoa desempregada.⁷

Como a presente pesquisa não previu a apresentação de justificativas de suas escolhas, questiona-se se as opções feitas não apontariam para uma orientação que, afastando-se do princípio ético da solidariedade, se dirigisse a um posicionamento de natureza utilitarista, buscando mais eficiência econômico-administrativa para a instituição hospitalar, ao indicar uma aproximação com a “lógica de mercado”.

Na abordagem de situações envolvendo pessoas com estilos de vida considerados não saudáveis (alcooolismo, fumo), pode-se verificar o quase consenso sobre o álcool ser um fator social negativo, porém o mesmo não ocorre com o fumo, como mostraram as escolhas dos alunos de primeiro ano.

Com relação ao uso excessivo do álcool como estilo de vida não saudável, estudo recente sobre opinião de alunos de medicina em microalocação de recursos, realizado por Hossne & Hossne (1999), mostrou que os futuros médicos também apoiavam majoritariamente que os escassos recursos não fossem destinados às pessoas que apresentassem estilos de vida não saudáveis, como alcooolismo ou comportamentos anti-sociais (vítima é priorizada, em relação a seu agressor, em atendimento).⁸

No caso do fumo, os resultados encontrados com os primeiranistas se aproximam dos obtidos na pesquisa realizada em Diadema, SP, em que 203 (51,4%) pesquisados optaram por um não fumante, e 178 (45,1%) entenderam que a internação poderia ser priorizada para a pessoa fumante. Ou seja, o fumante não teve, como o alcoólatra, o mesmo índice de valorização negativa por seu estilo de vida.

A valorização negativa do álcool e do fumo tem levado a uma “culpabilidade da vítima,” o que faz concordar com aqueles que, desde os anos 70, alertavam para o desvio da discussão sobre outros fatores sociais, ambientais e econômicos e sobre as condições de trabalho, ou seja, fatores que influem no processo saúde-doença.^{6,12}

Pode-se inferir, então, pelos resultados apresentados, que os alunos aceitam utilizar critérios sociais para a seleção de pessoas necessitadas de atendimento de emergência frente a escassos recursos. Isto, no entanto, pode ser condizente com o conhecimento da realidade do sistema de saúde brasileiro, que, por suas deficiências, não consegue concretizar o conteúdo das normas constitucionais que afirmam o direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros.

As hipóteses iniciais de trabalho foram confirmadas, pois as escolhas se diferenciaram, na maior parte dos quesitos apresentados, entre os graduandos do primeiro e último anos de administração hospitalar pesquisados. A partir disso, questiona-se, para futuros trabalhos, sobre o grau de influência do curso universitário

e a vivência em instituições de saúde ao transmitir valores diferenciados que embasem a expressiva divergência das respostas entre os dois grupos de alunos, pois, pode-se inferir que os primeiranistas tenham manifestado escolhas mais próximas às moralidades prevalentes na população em geral.

Finalizando, em estudo de caráter exploratório com amostra de tipo acidental, os resultados não podem ser generalizados. Todavia, os conhecimentos advindos do estudo podem fornecer subsídios para a reflexão bioética sobre a fundamentação da tomada de decisão em situações de microalocação de recursos limitados que envolvam relações entre profissionais, administradores e usuários de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Annas GJ. The prostitute, the playboy, and the poet: rationing schemes for organ transplantation. *Am J Public Health* 1985;75:187-9.
2. British Medical Association. *Medical ethics today: its practice and philosophy*. London: BMJ Publishing Group; 1997. Rationing and allocation of health care resources. p. 307-13.
3. Busschbach JIV, Hessing DJ, Charro FT. The utility of health at different stages in life: a quantitative approach. *Soc Sci Med* 1993;37:153-8.
4. Childress JF. Who shall live when not all can live? In: Edwards RB, Graber GC. *Bioethics*. San Diego: Hachette Brace Jovanovich Publishers; 1988. p. 745-55.
5. Conrandiopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec; 1994.
6. Crawford R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Serv* 1977;7:663-80.
7. Fortes PAC. *O dilema bioético de selecionar quem deve viver: um estudo de microalocação de recursos escassos em saúde* [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.
8. Hossne WS, Hossne RS. Opinião do estudante de medicina sobre algumas questões bioéticas. *Bioética* 1998;6:127-33.
9. Kilner JF. Microallocation. In: Reich WT. *Encyclopedia of bioethics*. [CD ROM]. Rev. ed. New York: Macmillan Library Reference; 1995.
10. McNeally MF, Dickens BM, Meslin EM, Singer P. Bioethics for clinicians: resource allocation. *Can Med Assoc J* 1997;157:163-7.
11. Ramsey P. *The patient as person*. New Haven: Yale University Press; 1976.
12. Wickler D. Who should be blamed for being sick? *Health Educ Q* 1978;14:11-25.
13. Zoboli ELCP. *A interface entre a ética e a administração hospitalar* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.