

ESCASSEZ DE RECURSOS E TOMADA DE DECISÃO NO ÂMBITO MICROALOCATIVO: REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA E A BIOÉTICA

Karla Rona Silva

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG,
Escola de Enfermagem.
Belo Horizonte - Minas Gerais.

Rafael Mendonça Ribeiro

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG,
Escola de Enfermagem.
Belo Horizonte - Minas Gerais.

Shirlei Moreira da Costa Faria

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG,
Escola de Enfermagem.
Belo Horizonte - Minas Gerais. Bolsista de
Iniciação Científica CNPq Brasil.

Sara Moura Martins

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG,
Escola de Enfermagem.
Belo Horizonte - Minas Gerais. Bolsista de
Iniciação Científica PRPq.

Marina Lanari Fernandes

Prefeitura de Belo Horizonte.
Belo Horizonte - Minas Gerais.

Chirley Madureira Rodrigues

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa/
FUNDEP.
Belo Horizonte - Minas Gerais.

Fátima Ferreira Roquete

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG,
Escola de Enfermagem.
Belo Horizonte - Minas Gerais.

RESUMO: A microalocação de recursos é uma prática constante nas Unidades de Pronto Atendimento, assim os profissionais constantemente precisam priorizar pacientes. Esta escolha envolve dilemas bioéticos, morais e a necessidade de um preparo acadêmico. Objetivou-se analisar as narrativas de profissionais de saúde atuantes em uma Unidade de Pronto Atendimento quanto à formação acadêmica e bioética para a tomada de decisão em situações de recursos escassos. Estudo qualitativo realizado por meio da entrevista narrativa em uma Unidade de Pronto Atendimento em Belo Horizonte MG. Participaram 25 profissionais de saúde. O estudo foi aprovado pelos respectivos Comitês de Ética e Pesquisa sob o parecer número 54212116.0.0000.5149. Na análise das práticas discursivas dos profissionais foi possível perceber ansiedade para a tomada de decisão, conflitos morais em relação à microalocação dos recursos e indefinição do que é bioética. O conhecimento adquirido na graduação não contemplou alternativas assistenciais em meio à escassez de recursos refletindo diretamente na maneira como ocorre a priorização de pacientes em âmbito microalocativo na urgência. Utilizam o Protocolo de Manchester para respaldar a priorização do paciente na classificação de risco, porém se sentem despreparados para a realidade quando necessitam microalocar

recursos para pacientes em urgências com a mesma classificação. Concluímos que as narrativas mostram fragilidade na formação acadêmica e bioética, para a priorização de pacientes no âmbito microalocativo, sendo este processo aprendido durante a prática assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Tomada de decisões. Bioética. Alocação de recursos para atenção em saúde. Gestão de recursos. Serviço hospitalar de emergência.

SCREENING OF RESOURCES AND DECISION-MAKING IN THE MICRO- COCATIVE FRAMEWORK: REFLECTIONS ON ACADEMIC AND BIOETHICS TRAINING

ABSTRACT: Microallocation of resources is a constant practice in Emergency Care Units, so professionals must constantly prioritize patients. This choice involves bioethical, moral dilemmas and the need for academic preparation. The objective of this study was to analyze the narratives of health professionals working in a Emergency Care Unit regarding the academic and bioethical training for decision making in situations of scarce resources. Qualitative study carried out through the narrative interview at a Care Unit in Belo Horizonte MG. Twenty-five health professionals participated. The study was approved by the respective Ethics and Research Committees under opinion number 54212116.0.0000.5149. In the analysis of the discursive practices of the professionals it was possible to perceive anxiety for the decision making, moral conflicts in relation to the microallocation of the resources and lack of definition of what is bioethics. The knowledge acquired in the undergraduate course did not contemplate care alternatives in the midst of the scarcity of resources, directly reflecting the way in which prioritization of patients in the microallocation field occurs in the emergency. They use the Manchester Protocol to support patient prioritization in risk classification, but they feel unprepared for reality when they need to microlocate resources to patients in the same emergency room. We conclude that the narratives show fragility in the academic and bioethical formation, for the prioritization of patients in the microalocative scope, being this process learned during the practice of care.

KEYWORDS: Decision making. Bioethics. Allocation of resources for health care. Resource management. Emergency hospital service.

1 | INTRODUÇÃO

O Artigo 196 da Constituição Federal do Brasil prevê o direito à saúde como dever do Estado e direito de todos. Para tanto o dever do Estado em assegurar acesso universal, igualitário às ações e aos serviços, deve ocorrer através políticas sociais e econômicas que por sua vez deve enfatizar a organização social e econômica do país (BRASIL, 2005; BRASIL, 1990).

No entanto a garantia deste direito está comprometida em decorrência do financiamento deficitário do setor público de saúde (BRASIL, 2015). Associado

ao subfinanciamento está à transição epidemiológica da população brasileira caracterizada pelo acelerado envelhecimento populacional, baixas taxas de natalidade ocasionando importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade (IBGE, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu então como redes regionalizadas e integralizadas a fim de sobrepujar os desafios na organização dos serviços de saúde, constituindo em uma condição indispensável para superar os desafios atuais deste cenário (RANDOWN *et al.*, 2014). Preconizando ainda que o primeiro contato do usuário é pela atenção primária de saúde (APS) a fim de atender especialidades básicas e resolver grande parte dos problemas da população em um município (VASCONCELOS, 2010).

Entretanto, o acesso inadequado da população no nível de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, transforma unidades de emergência em formas preferenciais de acesso para especialidades e tecnologias médicas (O'DWYER *et al.*, 2009). Estes fatores se agravam pela falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na APS, pela insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade (BRASIL, 2006).

Interligando a APS aos hospitais de urgências estão às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que se caracterizam como estruturas de complexidade intermediária que têm entre outras atribuições atender aos usuários em urgências que apresentarem quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos (BRASIL, 2002; RANDOW *et al.*, 2014).

Neste cenário de crescente demanda por serviços e tecnologias sanitárias segundo os preceitos do direito à saúde e consequentemente escassez de recursos para oferta da assistência em saúde (VIEIRA, 2016).

Diretamente lidando com a escassez de recursos estão os profissionais médicos e enfermeiros atuantes nos serviços de urgência e emergência e por isto necessitam tomar decisões de forma bioética a partir da seleção individualizada de pessoas que serão beneficiadas pelos serviços disponíveis (VASCONCELOS, 2010).

Surge então a necessidade de priorizar usuários. Esta priorização decorre do fato de que em meio à escassez de recursos toda alocação corresponde a um processo decisório; que envolve na realidade, preocupações de ordem ética onde as decisões de microalocação determinam caso em particular, de quem irá receber determinados recursos escassos (VASCONCELOS, 2010).

É um processo decisório que envolve além de aspectos técnicos como gravidade, emergência, tempo de terapêutica e prognóstico, julgamentos e dilemas morais (FREITAS e SCHRAMM, 2009; PINHO, 2008).

Tão importante neste processo de tomada de decisão está à ética, pois consiste em uma reflexão complexa e interdisciplinar que associada à formação acadêmica

deve possibilitar a efetividade de competências e habilidades a fim de assegurar a partir de uma sólida formação a tomada de decisão (SÁNCHEZ, 2015; DAMIANCE *et al.*, 2016).

A grande inquietação é: qual a narrativa do profissional de saúde tomador de decisão sobre sua formação acadêmica e sobre os aspectos bioéticos relativos à necessidade de priorizar pacientes no âmbito microalocativo nas Unidades de Pronto Atendimento?

Este estudo busca analisar as práticas discursivas dos profissionais de saúde atuantes em uma Unidade de Pronto Atendimento, acerca de sua formação acadêmica e bioética para a tomada em situações de recursos escassos no âmbito da microalocação.

Constitui-se relevante à medida que é necessário ampliar o conhecimento científico sobre a percepção destes profissionais atuantes no serviço de urgência que lidam com a tomada de decisão e priorização de pacientes em situações de recursos escassos e a constante necessidade de microalocação de recursos na prática assistencial.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa utilizando por estratégia a técnica da narrativa para coleta e análise de dados.

Gil (2002) afirma que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Por sua vez a abordagem qualitativa segundo Minayo (2002) se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

O cenário do estudo foi uma Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Belo Horizonte MG inaugurada em 29 de dezembro de 2008 e com funcionamento em sua totalidade em 10 de fevereiro de 2009.

A UPA presta assistência vinte quatro horas em urgências clínicas e pequenas urgências cirúrgicas de adulto, atendendo aproximadamente 300 pessoas dia. O atendimento se dá a partir da priorização clínica do paciente por meio de triagem utilizando o Protocolo de Manchester.

Participaram desta pesquisa 25 profissionais, sendo 10 enfermeiros e 15 médicos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar na unidade há pelo menos um ano executando suas atividades laborais no período da manhã, tarde e/ou noite, de ambos os sexos, que dentre as funções exercidas exista a função de tomada de decisão no âmbito da microalocação.

Foram excluídos desta pesquisa profissionais de saúde tomador de decisão atuante na UPA que estavam de férias, licença para tratamento de saúde ou licença maternidade, ou que não quiseram participar da pesquisa. Não houve desistência

por parte dos profissionais que aceitaram.

A abordagem foi determinada pela solicitação: Relate sua experiência sobre a tomada de decisão em situações de recursos escassos no âmbito da microalocação, os participantes foram identificados pelas letras “TD” (Tomador de Decisão) acompanhadas de um número inteiro de um (01) a vinte e cinco (25) respectivamente.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e lidas, apontando para as seguintes categorias: (1) formação ética, (2) formação acadêmica para a tomada de decisão, (3) priorização mediante a microalocação de recursos. Tais categorias permitiram elencar as narrativas que atendiam ao objeto deste estudo.

O estudo foi aprovado pelos respectivos Comitês de Ética e Pesquisa sob o parecer número 54212116.0.0000.5149.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A formação bioética

Os depoimentos demonstram conflitos na prática discursiva dos profissionais de saúde tomadores de decisão, a partir da não definição do que é a ética enfatizando a por meio de uma argumentação permeada de indefinições, ansiedade e conflitos morais.

“Questão ética? Se é ético ou não? Ou um critério? (Silêncio longo) Num... Num sei, eu acho que é ético, num sei. (risos) eu não to sabendo, não entendi muito bem assim essa pergunta não...” (TD 08).

Se por um lado há um conflito em definir ética não significa que decisões deixam de ser tomada no âmbito microalocativo. Elas são tomadas mesmo em meio à dificuldade ética e moral em decidir quem usará o recurso, enfatizadas pelas condições e relações sociais estabelecidas como efeito da atividade humana no processo de trabalho (FACHINI *et al.*, 2017).

“Eu sempre olho, priorizo os idosos, deficientes dentro da classificação que eles são (não entendi) eles os idosos, eu coloco ele na frente, não todos, então eu respeito, coloco um idoso agora, duas, três fichas, coloco outro idoso, respeito isso, ou grávida, entendeu?” (TD16).

“(...) a gente tem que optar pelos pacientes com melhor perspectiva, normalmente a gente leva os mais graves e deixa, por exemplo, deixa uma abstinência que... do lado de fora que às vezes a gente consegue tratar razoavelmente, né, na sala de observação, né.(...)” (TD 05).

Em alguns casos os valores pessoais e morais na tomada de decisão ética em muitas falas se expressam respaldadas por uma classificação de risco através da triagem das condições clínicas de saúde do paciente por meio do Protocolo de Manchester.

“(...) eu uso protocolo de Manchester ele que vai me dar a prioridade do paciente a prioridade Clínica né, prioridade pelo atendimento ali no primeiro momento.” (TD20).

Esta relação conflitante expressa uma realidade prevalente nas urgências, onde as escolhas éticas afetam diretamente indivíduos, a instituição e a coletividade e são feitas a partir de valores e princípios morais pessoais (FORTES e PEREIRA, 2012).

“Eu já tive paciente na sala de urgência que os dois necessitavam de ventilação mecânica, de intubação, de ventilação e eu não tinha material para intubação dos dois pacientes e aí eu selecionei aquele que naquela situação teria mais condições de continuar que eu teria condições de conseguiram CTI pra ele, que eu teria condições de uma transferência, de um tratamento e ele sair daquela situação e o outro infelizmente eu tive que tratar com que eu tinha pra oferecer, o suporte ventilatório disponível e infelizmente ele veio a falecer.” (TD10).

Ao respaldarem a assistência à classificação de risco diminui-se o risco de morte uma vez que na UPA tempo é vida e por isso os atendimentos a partir da identificação e priorização dos quadros mais graves independente da ordem de chegada aperfeiçoam o atendimento de urgência (REZENDE *et al.*, 2016).

O estudo mostra que entre os profissionais participantes da pesquisa existe uma ponderação fundamental para entendermos as narrativas. Elas refletem diretamente a fragilidade da formação profissional para a tomada de decisão de forma ética desde a graduação.

3.2 Formação acadêmica para a tomada de decisão

O Artigo 1º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação apresenta um dos grandes desafios para o ensino em nosso país ao preconizar que a educação deve vincular-se ao mundo do trabalho e a prática social ampliando a formação a todos os vínculos sociais e culturais (BRASIL, 1996).

A prática discursiva destes profissionais tomadores de decisões nos remete a necessidade desde a graduação de uma abordagem que não se limite a assistência, mas na utilização de competências conceituais, a fim de transformar condições de vida no contexto de conflitos específicos da vida real (SILVA, 2015).

A fala a seguir comprova esta necessidade de preparo acadêmico para a

tomada de decisão em situação de escassez de recursos para transformar conflitos existentes:

“Não, a gente não vê isso na teoria, a gente aprende só na prática depois que você pega né... que você começa a trabalhar, que você começa a ver, enfrentar as dificuldades e saber em cima das dificuldades que a gente tem todo dia no trabalho mesmo e a gente não tem essa preparação na graduação, muito menos na pós-graduação, é muita teoria e pouco né... pouca prática.” (TD24).

Isto porque a autonomia na tomada de decisão pressupõe uma formação profissional que proporcione autonomia e respaldo ético no exercício da função permitindo a gestão eficiente dos recursos na sociedade por meio da ênfase na atuação dos alunos como sujeitos ativos no processo de ensino aprendizagem. (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Na prática, os relatos demonstram que isto não ocorre durante a graduação.

“(...) Chegar aqui e vivenciar uma outra realidade é um pouco complicado, eu não tive preparo pra isso e ainda não acho que eu sei lidar não (risos) eu lido com isso todos os dias mas eu não sei se eu... não gosto... não é uma coisa que pra mim tá adequado(...).” (TD 10).

“(...) Eu acho que eu fui capacitada para uma realidade que eu não encontrei, eu não me deparei, eu acho que a faculdade é excelente só que ela tá um pouco, as vezes, longe da nossa realidade na enfermagem, sabe, a ideia da enfermagem é linda mas quando você chega na realidade, ela não funciona.(...).” (TD 23).

O despreparo desde a graduação em saúde se confirma mais uma vez pelos discursos, mostrando ainda o sentimento de impotência, desconforto frente aos desafios de decidir e microalocar recurso para garantir assistência em saúde ao paciente na UPA:

“(...) Que é o mais complicado porque eu simplesmente não consigo não deixar de me importar, isso para mim é o pior. Então, assim, psicologicamente falando, que o médico e enfermeiro que tá nessa situação, a gente sofre com isso, então preparo nenhum, eu saio e não aceito. Eu fico às vezes pensando que eu não deveria estar no serviço porque já que não tem estrutura... mas hoje tá muito difícil, então às vezes você não pode escolher o serviço que você vai trabalhar.” (TD 19).

“(...) Então assim eu me sinto muitas vezes muito desconfortável, né, porque eu preferia que outra pessoa tivesse se responsabilizando por aquilo, mas no que eu faço aqui não tem jeito de eu ser diferente, eu tenho que tomar decisão, né(...).” (TD 07).

Quando, porém a formação é a centralizada na transmissão de conteúdos que

dificultam a teoria e prática negligenciando potenciais que podem ser desenvolvidos para o exercício profissional (PINTO e TRONCON, 2014) nos deparamos com o seguinte relato:

“Tem hora que seria melhor a gente passar a responsabilidade pro outro, né... É muito ruim cê chegar pruma pessoa e falar que cê não tem mais o que fazer, né, cê sempre quer ter um plano B, né... É... uma possibilidade de dar um jeitinho, né, mas infelizmente é muito o, a, que a gente tem aqui no dia a dia é falar que não tem mais o que fazer e que já se esgotaram, e, os recursos, né, que a gente tinha pra ajudar aquele paciente(...)” (TD 07).

O preparo acadêmico para a tomada de decisão na urgência deveria então se mostrar por meio de tradições e interesses com evidências, em casos relacionável sendo para o profissional de saúde tomador de decisão o limiar entre a vida e o morrer (GOLDIM, 2009).

A fala abaixo enfatiza de este limiar entre a vida e o morrer diante da tomada de decisão em meio à escassez de recursos:

“Então assim, às vezes a gente se vê numa situação que você fala Meu Deus que eu vou fazer? Se essa criança continuasse aqui ela ia morrer, aqui a gente não tem respirador pra criança, não tem nada. Então assim, a gente improvisou com o que a gente tinha até conseguir transferir essa paciente pra lá.” (TD 01).

Sob esta perspectiva a formação para tomada de decisão deveria proporcionar ao discente a capacidade de transformar, reinventar e aplicar o saber a situações existenciais concretas (FREIRE, 1983).

3.3 Priorização mediante a microalocação de recursos

A microalocação de recursos é uma prática constante, agravada pelo subfinanciamento no sistema público de saúde. Na prática assistencial ela consiste em escolher quem receberá o recurso e quais tratamentos ou insumos serão alocados ao paciente escolhido (VASCONCELOS, 2009).

Os relatos mostram que a escassez de recursos disponíveis na unidade de pronto atendimento está presente desde a indisponibilidade de medicamentos, equipamentos e oferta de vagas na rede de urgências e emergências interferindo diretamente na maneira de assistir em cuidados o paciente.

“Às vezes uma medicação que deveria ser administrada no paciente ou antibiótico mesmo a gente tem que pegar um de menor espectro, ou às vezes um equipo que deveria de tá o medicamento correndo , não tem como tá administrando

esse medicamento às vezes por falta de equipamento na Instituição, um paciente que precisa de uma... de uma... assistência maior devido algum problema respiratório... não sei se é isso que você tá me perguntando... Talvez não tem uma cama, um local adequado pra tá posicionando esse paciente, então isso acaba prejudicando a função mesmo do paciente e a própria Patologia que futuramente pode desencadear até a perda ou piora mesmo do quadro (...).”(TD 03).

Na verdade estas práticas discursivas salientam que microalocar recursos em saúde é pautada pela dificuldade de priorizar, mesmo porque em meio a escassez a utilização do recurso deve ser norteadada por uma conduta ética que não limite os cuidados de saúde em virtude de idade ou grupos sociais específicos e busque a maximização dos benefícios (FORTES, 2010).

Diante da escassez constante a priorização em alguns momentos limita o cuidado interferindo no fazer profissional tomador de decisão não contempla a oferta da assistência com equidade negligenciando assim a dimensão psicossocial de uns em detrimento de outros (FERRARI, SILVA e SIQUEIRA, 2018).

“Eu sempre olho, priorizo os idosos, deficientes dentro da classificação que eles são (não entendi) eles os idosos, eu coloco ele na frente, não todos, então eu respeito, coloco um idoso agora, duas, três fichas, coloco outro idoso, respeito isso, ou grávida, entendeu?” (TD 16).

Mesmo que na maioria das vezes o critério para priorizar seja a classificação de risco e este busca efetivar justiça e equidade não se pode esquecer que devem corresponder aos anseios dos usuários na busca pela assistência. Isto porque há um grande número de pessoas procurando pelo serviço de urgência quando deveriam esta sendo atendidos na APS, acarretando ao usuário medo de ser redirecionado e não acolhido em outra unidade (BRASIL, 2009; LACERDA, 2017).

A fala a seguir mostra que mesmo após classificação, admissão para internação o direcionamento para outra unidade da RAU se apresenta como dificultador no acolhimento do usuário em outro lugar:

“(...) Igual aqui não tem Pediatria, outro dia mesmo chegou uma criança cardiopata, um pós-op. da cardíaca e grave, um menino de 5 meses que a Santa Casa operou e aí a gente não conseguia vaga porque o CGP que é referência não aceitava, a Santa Casa tava sem vaga de CTI, aí eu pedi material de acesso central lá na Santa Casa, a gente foi se virando, aqui tinha vancomicina que ele precisava, até a gente conseguir transferir ele algumas horas depois, entendeu, então assim a gente tem que ser mais versátil.(...).”(TD 09).

Neste aspecto, há necessidade de aprimorar a gestão dos processos e das

equipes para maximização dos recursos disponíveis na unidade a fim de ampliar os critérios para a priorização dos pacientes no âmbito microalocativo. Esta priorização deve respaldar por atitudes e comportamentos éticos capazes de não provocar dano ou diminuir os riscos a partir de medidas organizacionais de onde o paciente está inserido na busca pelo cuidado (OLIVEIRA, 2016).

O uso inadequado dos materiais disponibilizados, o desperdício a curto e longo prazo e uma gestão pouco resolutiva agravam a necessidade de priorizar em meio à escassez. Vejamos:

“Se vai gastar mais ou menos, ele acha que não é problema dele... profissionais de saúde mal treinados que não veem a necessidade de economizar o material, de economizar...é... o... economizar a verba, o que vem, o material que tem, muitas vezes, eu acho que se a gente tivesse, tirasse isso, a gente conseguia ter uma disponibilidade de material muito maior, do que a gente muitas vezes tem (...).” (TD 11).

“(...) E aí você vai falar com seu chefe, com o organizador do serviço e ele simplesmente fala: - não, faz o que der. Só que ninguém fecha a porta para não entrar mais paciente né, porque o CRM tem algumas restrições em relação a isso.” (TD 19).

Assim, torna-se cada vez mais imprescindível o uso adequado dos recursos públicos, o fortalecimento da RAU e melhorias de cuidados em saúde por meio de capacitação dos profissionais para a tomada de decisão, em meio à necessidade constante de microalocar recursos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas discursivas dos profissionais participantes da pesquisa mostraram um preparo acadêmico rudimentar para a tomada de decisão em serviços de saúde com escassez de recursos. A tomada de decisão é algo aprendido na prática assistencial e não na graduação, a bioética emerge durante o processo decisório e é delineada por valores pessoais singulares.

Sugere-se uma intervenção educativa diante dos apontamentos feitos pelos participantes do estudo, a fim de proporcionar melhorias nos processos de trabalho por meio da educação permanente e do uso racional dos recursos disponíveis.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - Brasil e a Universidade Federal de Minas Gerais através do Programa Institucional de

Auxílio à Pesquisa de Doutores Recém-Contratados da UFMG, pelo financiamento do projeto e concessão de bolsa de Iniciação Científica para discente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 jul 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, dez.1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 07 set 2017.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, nov. 2001. Disponível em: <[://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf)>. Acesso em: 10 agosto 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2048/GM 05 de novembro de 2002**: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Coleção para entender o SUS. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em: 08 set. 2017.

DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar; et al. Formação acadêmica para o SUS X competência pedagógica do formador: algumas considerações para o debate. **Revista SALUSVITA Ciências Biológicas e da Saúde**, Bauru. v. 35, n. 3, p. 453-474, 2016.

FACHINI, Janaína Sortica; SCRIGNI, Adriana Vilma; LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza. Sofrimento moral de trabalhadores de uma CTI pediátrica. **Revista Bioética**, Brasília. v. 25, n. 1, p. 111- 122, 2017.

FERRRARI, Aline Garcia; SILVA, Carolina Marquida; SIQUEIRA, José Eduardo. Ensino de bioética nas escolas de medicina da América Latina. **Revista Bioética**, Brasília. n. 26, n. 2, ISSN 1983-8034, abri./jun. 2018.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação**. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. 1983. 93p.

FREITAS, E.E.C; SCHRAMM, F. R. A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 4,p. 432-436, out/dez. 2009

FORTES, Paulo Roberto de Carvalho. Bioeticistas e a priorização de recursos de saúde no sistema público de saúde brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília. v. 18, n. 2, p. 413- 420, 2010.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho, PEREIRA, Cristina Andrade. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo. v.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002 . 57 p

LACERDA, Andrea Stella Barbosa. **Acolhimento com classificação de risco em emergência: relação de justiça com o usuário**. Rio de Janeiro, RJ. UFRJ. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.41

GOLDIM, José Roberto. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre. v. 53, n. 1, p. 58-63, jan./mar. 2009.

IBGE. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> >. Acesso em 30 mai 2017.

RANDOWN, Roberta Mendes Von; et al.. Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto das redes de atenção à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo. v. 16, n. 64, jul./set. 2014.

REZENDE, Raphaela Morais Rezende; et al. Protocolo de Manchester em pronto atendimento de hospital escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 17, n. 6, p. 843-849, nov/dez. 2016.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismar Horst de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14, n.5, p. 1881-1890, nov./dez. 2009

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Nurses decision- marking regarding incidents related to patient safety. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba. n. 21, n. 3. p. 01-10, jul./sep. 2010.

VASCONCELOS, Marília de Moraes. **A necessidade de priorizar o atendimento à pacientes: análise Bioética dos argumentos utilizados por médicos na aplicação de recursos limitados na área da saúde**. Tese Doutorado.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 25, n. 2, p. 306-319, 2016.