

Narratives of Health Professionals Relating to Scarce Resources in an Urgency Service

Narrativas De Profissionais De Saúde Relativas A Recursos Escassos Em Um Serviço De Urgência

Karla Rona da Silva¹, Rafael Mendonça Ribeiro², Fátima Ferreira Roquete³, Chirley Madureira Rodrigues⁴, Paula Torido Lopes⁵, Marina Lanari Fernandes⁶, Shirlei Moreira da Costa Faria⁷, Sara Moura Martins⁸

¹Doctor, Biomedicine. Nurse. Lecturer at the Federal University of Minas Gerais - UFMG, Brazil. Coordinator of the study.

²Bachelor in Health Services Management from the Federal University of Minas Gerais - UFMG, Brazil.

³Doctor, Health Sciences / Nursing. Psychologist. Lecturer at the Federal University of Minas Gerais - UFMG, Brazil.

⁴Nurse. Emergency Care Unit - Belo Horizonte / MG, Brazil.

⁵Graduated in Nursing from the Federal University of Minas Gerais - UFMG, Brazil. He was a Scholarship for Scientific Initiation CNPq Brazil.

⁶Psychologist. Public Policy Analyst, Belo Horizonte City Hall, Brazil.

⁷Graduated in Health Services Management from the Federal University of Minas Gerais - UFMG, Brazil. He was a Scholarship for Scientific Initiation PRPq-UFMG. He is a Fellow of Scientific Initiation CNPq Brazil.

⁸Graduated in Health Services Management from the Federal University of Minas Gerais - UFMG, Brazil. He was a Scholarship for Scientific Initiation PRPq-UFMG.

*Principal Author: Karla Rona da Silva

Institution responsible for the work: Federal University of Minas Gerais (UFMG).

Abstract— *This study aimed to analyze the narratives of health professionals working in a Emergency Care Unit that deal with decision making in situations of scarce resources. An exploratory research, of a qualitative nature, was carried out through a narrative interview technique with 25 professionals. Three categories emerged from the study: Decision making in the face of scarce resources; Ethical conflicts; Academic preparation for confrontation and the sentimental framework. Prioritization of patients is a reality in this health service. The prevalent problems are the scarcity of materials and medicines and the lack of human resources. The discourse preached the lack of ethical preparation of the academy for decision making. Most of the interviewees believe that they had little preparation to face the reality of the service. Some interviewees showed feelings of regret, impotence, insecurity, desire to abandon service, anguish and personal conflicts in the face of the wear and tear caused by the situation. It is necessary to invest in constant dialogues, health education and awareness-raising strategies in order to contribute to consensual actions that best subsidize decision-making in situations of scarce resources and that favor equitable health care in order to maximize benefits and reorient processes job.*

Keywords— *Emergency Care Unit, Health Professionals, Ethical conflicts.*

Resumo— *Este estudo objetivou analisar as narrativas de profissionais de saúde atuantes em uma Unidade de Pronto Atendimento que lidam com a tomada de decisão em situações de recursos escassos. Realizou-se uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, através da técnica de entrevista narrativa com 25 profissionais. Do estudo emergiram três categorias: Tomada de decisão frente a escassez de recursos; Conflitos éticos; Preparo acadêmico para o enfrentamento e o arcabouço sentimental. A priorização de pacientes é uma realidade neste serviço de saúde. Os problemas prevalentes são a escassez de materiais e medicamentos e a falta de recursos humanos. Prevaleceu o discurso da falta de preparo ético da academia para com a tomada de decisão. A maioria dos entrevistados acredita que teve pouco preparo para enfrentar a*

realidade do serviço. Alguns entrevistados demonstraram sentimentos de pesar, impotência, insegurança, desejo de abandono do serviço, angústia e conflitos pessoais em face do desgaste causado pela situação. É necessário investir em constantes diálogos, educação em saúde e estratégias de sensibilização de forma a contribuir para ações consensuais que melhor subsidiem a tomada de decisão em situação de recursos escassos e que favoreçam o cuidar em saúde equânime de forma a maximizar benefícios e reorientar processos de trabalho.

Palavras-chave— *Unidade de Pronto Atendimento, Profissionais da Saúde, Conflitos éticos.*

I. INTRODUÇÃO

Nos cenários dos serviços de urgência e emergência existem situações rotineiras como a necessidade da microalocação de recursos escassos, em que se faz necessária a tomada de decisão que deve ser alicerçada por princípios bioéticos. Tal prática é protagonizada por médicos, enfermeiros e outros profissionais que lidam com a fragilidade que o cenário lhes impõe, uma vez que existe o risco iminente de morte do paciente^{9,10}.

No campo prático da saúde pública, a alocação de recursos tem sido um sério problema enfrentado, o que justifica reflexões norteadas pela Bioética neste contexto, que compreenda e envolva as excentricidades que possuem os países em desenvolvimento¹¹.

A microalocação de recursos está relacionada à discussão e análise das formas de seleção individualizada de pessoas que serão beneficiadas pelos serviços disponíveis, uma vez que estes são escassos. Para tanto, podemos citar como exemplos de recursos escassos: estrutura hospitalar insuficiente; falta de leitos; número insuficiente de profissionais; restrição de acesso a drogas e insumos de maior eficácia e eficiência e a equipamentos tecnológicos¹⁰⁻¹².

Por outro lado, destaca-se que nem sempre a abordagem ética se apresenta como tema de conhecimento suficiente para profissionais de saúde e tomadores de decisão. Parte-se da hipótese de que algumas decisões são originárias de discussões coletivas com participação da equipe, entretanto, concebê-las é extremamente desafiador, conflitante, estressante e causador de sofrimento¹⁰⁻¹³.

Este estudo teve por objetivo analisar as narrativas de profissionais de saúde atuantes em uma Unidade de Pronto Atendimento que lidam com a tomada de decisão em situações de recursos escassos.

A discussão sobre esta temática ainda é incipiente¹³ e o cenário atual vem sofrendo danosas imposições que comprometem a vivacidade do Sistema de Saúde vigente. Convive-se com restrição de investimentos em virtude da crise política-econômica, do subfinanciamento crônico e de políticas privatizantes¹⁴ contribuindo ainda mais para os desgastes dos serviços e atenção inadequada à saúde.

II. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, utilizando por estratégia a técnica da narrativa que configura-se como um método não estruturado que possibilita aflorar histórias de vida dos entrevistados entremeadas ao contexto situacional¹⁵.

O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão da instituição coparticipante e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o número CAAE: 5421211600005149.

O cenário foi uma Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, tendo como participantes 10 enfermeiros e 15 médicos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar na unidade há pelo menos um ano e exercer dentre suas funções laborais, a tomada de decisão no que se refere à microalocação em situação de recursos escassos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2016, sendo a abordagem do entrevistador determinada pela solicitação “*relate sua experiência sobre a tomada de decisão em situações de recursos escassos no âmbito da microalocação*”.

As entrevistas, individuais, foram realizadas em local e horário pré-determinado pelos participantes, e com permissão prévia foram gravadas. Nenhum dos participantes desistiu durante este processo. Todos foram identificados pelas letras “TD” (Tomador de Decisão) acompanhadas de um número inteiro diferente. A amostra foi considerada satisfatória e a repetição de depoimentos com as mesmas características e informações caracterizou a saturação dos dados, quando se atingiu o total de 25 participantes.

Para a análise dos dados, operou-se com a diminuição do texto transcrito de forma gradativa, trabalhando-se com condensação de sentido e generalização, como proposto por Muylaert *et al*¹⁵ para a análise de entrevistas narrativas, emergindo as seguintes categorias: (1) *Tomada de decisão frente a escassez de recursos*; (2) *Conflitos éticos*; (3) *Preparo acadêmico para o enfrentamento e o arcajou sentimental*.

Para traçar o perfil dos participantes da pesquisa, utilizou-se de um formulário com variáveis relativas ao

gênero, formação, idade, e tempo de atuação profissional, que foram preenchidos pelos mesmos no ato da abordagem.

III. RESULTADOS

Dos participantes 76% eram do sexo feminino, entre estes, 60% dos entrevistados atuavam como médicos e os outros 40% atuavam como enfermeiros. No que tange a idade, 12% dos participantes possuíam até 45 anos, no entanto a maior porção apresenta ter de 26 à 30 anos, representando 40% do volume total. Quanto ao tempo em que trabalhavam no estabelecimento de saúde, 56% dos entrevistados afirmam dispor de até 5 anos de atuação profissional; 40%, possuíam até 11 anos; e 4% relataram uma experiência superior a 12 anos.

Tomada de Decisão frente à escassez de recursos

Os discursos indicaram que a priorização de pacientes é uma realidade, sendo enfrentada levando-se em consideração critérios como idade, prognóstico e chances de sobrevivência.

“(...) a escolha passa, por exemplo, isso na minha opinião, nesse caso que eu tive, foi pela idade da paciente (...)” (TD19)

“A gente tenta priorizar mais jovem porque, né, tem uma vida toda pela frente, o idoso já tá chegando, dizemos assim, né, no fim da vida”. (TD14)

“O estado clínico do paciente. Paciente que tá mais grave, a idade do paciente e o tempo que o paciente tá aqui já”. (TD02)

“Olha, a gente vê quem tá mais grave e quem tem mais chance de sobreviver, então se eu tenho dois pacientes igualmente graves e eu só posso dar atenção a um”. (TD21)

Entretanto, existiram relatos em que não houve a necessidade de priorização de pacientes por possuir profissionais suficientes para o atendimento.

“Se for o caso eu chamo outro colega que tá lá na porta e tudo, pra eu não, né, priorizar um paciente em detrimento de outro, então assim eu não priorizo um paciente em detrimento de outro não.” (TD09)

“Quando a gente tem mais de um paciente grave, aqui e nas outras unidades que eu trabalho, a gente tem um colega que pode atender quando tem mais de um.” (TD22)

A priorização de paciente passou também por escolher aquele que seria encaminhado para internação quando o serviço de referência disponibiliza a vaga, já que as vagas disponíveis para internação são insuficientes no julgamento dos entrevistados.

“(...) já troquei uma vaga é...porque na minha opinião naquele momento o outro precisava muito mais.

Mas então eu fiz, né, teoricamente eu tirei de um pra colocar o outro né.” (TD07)

Houve relato sobre dificuldade em identificar até que ponto a adoção de determinadas práticas para a tomada de decisão foi considerada assertiva, isto, justificado pelos participantes pela falta de *feedback* e do treinamento em serviço.

“É sentar mesmo com ele, falar assim, olha que tipo de conflito que você já vivenciou? E qual foi a sua tomada de decisão? Olha se você tivesse feito isso aqui seria melhor do que essa decisão sua tomada (...) Eu acho que antes de tudo... a educação continuada ela deveria existir.” (TD23)

Sobre a participação de outros membros da equipe na tomada de decisão prevaleceu à tomada de decisão conjunta e uma entrevistada remeteu à família como ponto de apoio nesse processo.

“Eu sempre costumo recorrer aos médicos, aos meus colegas e quem tem mais preparo do que eu”. (TD03)

“(...) quando é algum paciente crítico na unidade, há um consenso entre a equipe né e entre o médico, enfermeiro, família”. (TD24)

A perspectiva de continuidade do atendimento em outros níveis de atenção também foi considerada como um fator para tomarem decisão. Além de ser notório o relato da problemática frente à existência ou não de vaga, principalmente quanto à transferência para os serviços de referência.

“A gente faz contato e não consegue transferir os pacientes, né, então assim infelizmente a gente acaba ficando com esse paciente e muitas vezes até o óbito...” (TD07)

“O paciente fica aqui séculos, paciente que excede a nossa complexidade de atuação e o paciente fica aqui porque muitas vezes a gente não consegue transferir, entendeu!?” (TD09)

“(...)eu selecionei aquele que naquela situação teria mais condições de continuar, que eu teria condições de conseguir um 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, e infelizmente ele veio a falecer” (TD11)

As narrativas sobre a experiência vivida em situação de recursos escassos convergiram com relação aos principais tipos de escassez: equipamentos e estrutura, recursos humanos e medicamentos.

“acho que a nossa pior dificuldade é o recurso humano porque esse não tem como você reinventar, não tem como você fazer aparecer um funcionário” (TD24)

“simplesmente cê não tem o recurso, cê não tem o leito pro paciente, cê não tem medicação... então assim, é difícil” (TD19)

Conflitos éticos

Foi evidente a divergência, apreensão e dificuldade dos entrevistados em relatarem suas experiências no que tange aos aspectos éticos relacionados à prática da tomada de decisão e priorização de pessoas. Algumas narrativas estiveram imbuídas nos problemas que emergem da escolha daquele que será preterido em virtude da escassez do recurso:

“Fica na nossa mão um papel de julgar quem deve e não deve... Quem deve ganhar e quem não deve” (TD12)

“Acho que escolher quem vai sobreviver, pra mim é absurdo (risos) escolher quem vai seguir é uma coisa que é anti-ético, infelizmente é uma realidade...” (TD10)

Alguns relatos se fundamentaram em critérios clínicos e objetivos para responder às questões éticas envolvidas na priorização de pacientes. Os entrevistados consideraram que atitudes não éticas estariam relacionadas à escolha baseada em aspectos socioeconômicos.

“Eu acho que a questão ética ela ficaria mais evidente se você escolhesse esse paciente por um critério subjetivo, se você escolher aquele paciente por questão econômica, por raça, alguma coisa desse tipo, eu acho que quando cê está usando um critério de gravidade, cê está usando o critério médico, entendeu!?” (TD11)

“(...) a gente tem a ética com paciente, né, a gente não discrimina ele por nenhum motivo não (...). Eu vou ver o que ele é, o que é o ser humano, o que que ele tá precisando (...) o que ele é ou deixa de ser, isso não faz, num influencia para escolha de qual paciente vai ter a prioridade na assistência devido a escassez de recurso não.” (TD14)

Outros discursos mostraram uma visão “minimalista” em que a priorização de paciente estaria relacionada ao processo de Acolhimento com Classificação de Risco.

“A gente num tem uma escolha ética ou não, não tem uma visão ética ou não, todo paciente recebe o atendimento que tem na UPA, no entanto, de acordo com protocolo de Manchester” (TD23)

“Partindo do pressuposto que eles já foram classificados por uma questão de risco, eu acho que eticamente a gente tem obrigação de atender nessa evolução, né” (TD22)

Prevaleceu o discurso da falta de conhecimento ético oriundo da academia para a tomada de decisão e priorização de pessoas.

“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 (...) a gente não tem essa preparação na graduação, muito menos na pós-graduação, é muita teoria e pouco né... pouca prática” (TD24)

“Não! Acho que é mais com o dia-a-dia que a gente vai adquirindo esse preparo mesmo. Eu acho que na minha graduação que foi o básico” (TD01)

“Chegar aqui e vivenciar uma outra realidade é um pouco complicado, eu não tive preparo pra isso” (TD10)

Preparo acadêmico para o enfrentamento e o arcabouço sentimental

A percepção dos entrevistados sobre o preparo que possuem para a tomada de decisão envolvendo a sobrevida de pacientes em meio a recursos escassos permite entender a fragilidade no que tange o preparo profissional, sobretudo, no que diz respeito ao preparo acadêmico sobre a questão.

“(silêncio) Olha, eu acho que a tomada de decisão, eu, eu acho que... eu tive... eu tive capacitação para isso (...) mas eu acho que eu não fui capacitada com a priorização de paciente. 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 (...)” (TD23)

“(silêncio) apanhando todo dia, aí cê vai aprendendo a lidar com isso (...) por mais que você forme em uma boa faculdade (...) você ainda sai despreparado para enfrentar muita coisa, você tem um conhecimento teórico mas a prática ainda... ce aprende demais aqui trabalhando.” (TD11)

Algumas falas remetem a perplexidade que os profissionais carregam em virtude do cenário em que trabalham.

“(...) 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.” (TD19)

“Eu acho que na graduação nós deveríamos assim, (...) ser mais preparados para isso (...) a saúde não é uma receita de bolo né, você não sai com as dosagens tudo bonitinho que vai dar certo mas poderíamos trabalhar mais, investir isso mais nos alunos”

para que eles venham depois para o mercado de trabalho um pouco mais preparados.” (TD16)

Todos os participantes do estudo relataram espontaneamente sobre seus anseios e sentimentos frente ao tomada de decisão em situação de escassez de recursos, mesmo não interpelados sobre esta questão. Alguns enfatizaram que vivenciam sentimentos de pesar, impotência e insegurança.

“O que mais me pesa, o que mais fico chateada é de não poder fazer o melhor, você saber, ter uma bagagem, pede ajuda, lê nos livros, se capacita, mas você chega no local de serviço que não tem... não tem o que você fazer...” (TD19)

“Você fica insegura com receio de tá pensando se realmente você tomou a decisão certa (...) se a posição que você teve foi de forma adequada, então a gente sempre fica com esse receio, a gente tenta fazer o melhor mas não sabe se foi a melhor decisão tomada.” (TD03)

Os entrevistados expressaram também o desejo de abandono do serviço, angústia e conflitos pessoais em face do desgaste causado pela situação.

“Vivencio diariamente conflitos pessoais principalmente (risos) isso pra mim é um grande peso, eu já cheguei a abandonar algumas vezes (...) eu cheguei a pedir para sair da unidade porque eu não consegui lidar com essa seleção.” (TD10)

“Vou embora do plantão, às vezes passa, a gente brinca, passa a bomba mas eu vou embora pensando naquilo, é muito frustrante (...) eu sempre vou embora me sentindo muito mal e a angústia só aumenta.” (TD19)

Entretanto houve também profissionais que referiram tranquilidade, satisfação e sensação de dever cumprido nessa jornada, embora também tenha existido sentimento de culpa em momentos passados.

“Ah, eu fico tranquilo, mas assim, quando você tem essa decisão nesse sentido de ter em detrimento de um priorizar o outro, é ruim, né (...) eu não me sinto culpado por isso não... já me senti, a gente sente desconforto.” (TD05)

“É difícil, mas é bom, satisfatório também você vê que a sua tomada de decisão beneficiou o paciente.” (TD14)

“Eu nunca chego em casa e coloco a cabeça no travesseiro e penso assim podia ter feito mais, sabe, eu acho que eu sempre faço o que eu posso, o que tá no meu alcance dentro do que eu tenho.” (TD17)

As falas convergiram de modo geral para o desconforto sobre a situação vivida e desejo de que as decisões fossem até mesmo feitas por outros colegas de trabalho, gerando sensações de maior conforto e até mesmo de condescendência.

“tem hora que seria melhor a gente passar a responsabilidade pro outro, né... É muito ruim cê chegar pra uma pessoa e falar que cê não tem mais o que fazer, né (...) eu me sinto muitas vezes muito desconfortável, né, porque eu preferia que outra pessoa tivesse se responsabilizando por aquilo.” (TD07)

“Eu tomo as decisões mas não gosto, várias vezes eu converso com a equipe com quem tá comigo pra que não seja uma decisão única, não gosto de assumir sozinha alguns pontos não.” (TD10)

IV. DISCUSSÃO

Neste estudo, os entrevistados não expressaram auto-avaliações positivas quando relataram suas experiências no que concerne a tomada de decisão. A culpabilização e a preferência que outros decidam por eles, abrindo mão da tomada de decisão autônoma, foram marcantes nos depoimentos. A tomada de decisão em situação de recursos escassos parece resultar em conflitos éticos, levando a uma obrigação moral de disponibilizar recursos a qualquer custo. Este achado diverge do estudo realizado com médicos residentes na Catalunha em que os resultados demonstraram que estes profissionais avaliam positivamente suas experiências frente e tomada de decisão em serviços de urgência¹⁶.

Nesta perspectiva, a Bioética pode ser utilizada como um instrumento norteador por ser capaz de respaldar os envolvidos sobre os valores que prevalecerão na orientação e na justa tomada de decisão sobre as prioridades das necessidades de saúde a serem atendidas, bem como, aos limites a serem estabelecidos em situação de escassez de recursos¹⁷.

Cabe destacar a importância de a Bioética estar em consonância ao contexto em que está inserida de forma a melhor subsidiar as tomadas de decisão para os problemas sérios com relação à alocação de recursos no setor saúde¹⁸.

Surgem com o passar do tempo, formulações acerca da Bioética que melhor compreenderia as necessidades de países em desenvolvimento e que não estão exatamente relacionadas à Bioética proposta por Beauchamp e Childress¹⁸ que se pauta no principialismo, utilitarismo, autonomia e justiça. A realidade distinta desses países faz com que o enfoque seja diferente, imergindo a Bioética em um cenário de pobreza, desigualdade e exclusão social, o que evidencia a priorização de pessoas consideradas mais vulneráveis¹⁹.

Os participantes desta pesquisa, em sua maioria, referem à falta de conhecimento bioético desde a formação acadêmica, o que contribui para o estabelecimento de uma conexão frágil entre teoria e a prática profissional. A abordagem minimalista das

questões éticas tratadas no ambiente formativo não estimula a reflexão no campo moral, subjugando-a apenas à interpretação dos códigos de ética profissional²⁰. Apesar de na prática esperar-se tais responsabilidades, os entrevistados afirmaram que a academia não lhes preparou para esta tomada de decisão do ponto de vista ético.

Neste contexto, entendemos que se faz necessário um olhar sobre o ensino da bioética nos cursos de graduação da área da saúde que deve ser uma realidade e considerar a variedade de problemas que tem insurgido neste campo, tal qual como a necessidade de escolher pessoas para receber atendimentos em face da escassez de recursos.

Este paradoxo entre a dificuldade de entender e reconhecer a Bioética como instrumento para a tomada de decisão encontrada nesta pesquisa, corrobora com outros estudos que referem desconforto e dúvidas de tomadores de decisão sobre suas percepções no que diz respeito a questões de cunho moral e ético^{10- 22; 23; 24}.

Quando relacionada à priorização de pacientes, a análise dos dados deste estudo nos permitiu confirmar que a tomada de decisão está ancorada em aspectos técnicos como gravidade, emergência, prognóstico, além, de julgamentos e dilemas morais dos atores envolvidos^{12, 20}.

Os desafios da escolha passam também por considerar a probabilidade de resultados favoráveis e no contexto apresentado por este estudo, deve estar alicerçada na relação profissional-paciente. Ou seja, consideram a influência de outros atores que estão diretamente ou indiretamente envolvidos na situação, sejam eles os demais profissionais da equipe, a família e outras pessoas ligadas ao paciente^{25, 20}.

A interpretação das narrativas permite entender que a tomada de decisão considera o compartilhamento de casos entre a equipe, passando pelo aconselhamento e orientações dos mais experientes e pelas discussões em conjunto. Não foi possível, contudo, identificar se o compartilhamento da decisão ocorre apenas por membros da mesma classe profissional ou de forma multiprofissional.

O compartilhamento de responsabilidades e a observância das considerações moralmente relevantes podem minimizar o sentimento de incerteza, já que nenhum princípio isolado é capaz de dar conta da priorização dos recursos da melhor forma possível^{10, 20}.

O parâmetro idade foi apontado pelos participantes deste estudo como um critério aceito e utilizado para priorização de pacientes em situações de recursos escassos. Conclusões adversas foram obtidas por outro pesquisador, segundo estudo de Fortes¹⁷ realizado com bioeticistas, foi desfavorável ao racionamento de

cuidados de saúde baseado em critérios relativos à faixa etária. Entendemos ser pertinente mencionar e refletir sobre o fato de aceitar a idade como um critério de alocação de recursos em situação de escassez, posição essa discutível para ser considerada se levadas em conta às profundas modificações na estrutura etária das populações ocorridas desde o século XX.

A tomada de decisão como intrínseco a atuação profissional, muitas vezes ocorre em situações de conflitos, pois se trata de escolhas em situações de vulnerabilidade em meio a princípios divergentes²⁰. Concomitantemente, a ansiedade e sofrimento do paciente e da família são fatores que podem pressionar e fragilizar a prática da assistência, fato que reafirma a necessidade do substrato ético e moral para enfrentamento desta realidade²⁶.

Finalmente, alguns depoimentos evidenciaram a questão da existência de um número insuficiente de recursos humanos, que resulta em sobrecarga de trabalho; além da falta de materiais, que se traduz na necessidade de improvisos ou assistência inadequada. Fatores estes que contribuem para a insatisfação e desmotivação dos trabalhadores, além de fragilizar a prestação de serviços e a segurança do paciente. Vale destacar a ponderação de Oliveira²⁷ *et. al.* que concluiu que o conhecimento tácito, a experiência, os valores e as habilidades em desenvolver ações que priorizem a segurança do paciente constituem um tipo diferente de evidência, a qual tem uma forte influência na tomada de decisão.

Percebe-se nos discursos de alguns profissionais sentimentos de pesar, impotência e insegurança que requerem atenção no ambiente de trabalho, uma vez que podem contribuir para a exaustão e a despersonalização que passam a fazer parte da situação laboral nestes cenários. O impacto disso faz tornar as relações inviabilizadas e o trabalho como sem sentido na vida²⁸⁻³⁰.

Todavia, foram ainda evidenciados muitos discursos relativos à satisfação e sensação de dever cumprido frente à tomada de decisão na eminência de recursos escassos. Portanto, é de considerável relevância investir nestes profissionais, permitindo sua participação nos processos de análise permanente da tomada de decisão frente a recursos insuficientes, para continuarem identificando os riscos e incorporando práticas seguras e baseadas em evidência na instituição.

Considera-se a realização da investigação em uma única UPA, uma limitação deste estudo, pois pode não representar a realidade de outras unidades. Entretanto buscou-se aprofundar o significado que emergiu sobre a questão de pesquisa o que ratifica sua contribuição científica, frente à incipiência de outros estudos semelhantes.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa evidenciam que entre os profissionais pesquisados o pluralismo de valores morais é manifesto na questão da priorização ou estabelecimento de limites para utilização de recursos escassos no sistema público de saúde. Da diversidade de perspectivas e opiniões se pode inferir que as dificuldades do mundo contemporâneo em decidir moralmente sobre a questão parecem ser característica marcante de nossa época.

Dessa forma, é necessário investir em constantes diálogos, educação em saúde e estratégias de sensibilização de forma a contribuir para ações consensuais que melhor subsidiem a tomada de decisão em situação de recursos escassos e que favoreçam o cuidar em saúde equânime de forma a maximizar benefícios e reorientar processos de trabalho.

FINANCIAMENTO

Pró-Reitoria de Pesquisa (PRPq) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento e concessão de bolsa de Iniciação Científica.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério do Planejamento. UPA - Unidade De Pronto Atendimento. [publicação online] [201-] Disponível em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Núcleos de Economia da Saúde: orientações para implantação [publicação online]. Brasília; 2012 [cited 2017 Feb 07]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_economia_saude_v1_nucleos_implantacao.pdf
- [3] Kuate Defo B. Demographic, epidemiological, and health transitions: are they relevant to population health patterns in Africa? *Global Health Action* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2017 Ago 3];7(10). Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v7.22443>
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 07 jul 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Sem Título. [publicação online]. Brasília; 2014 [acessado 2017 Fev 07]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/454-sas-raiz/dab/upa/11-upa/9667-documento-prioritario>.
- [6] Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. [publicação online]. Brasília; 2015 [acessado 2017 mar 03]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
- [7] Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. Secondary Health Care: best practices in the health services network. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na Internet] 2013 Fev [acessado 2017 Jun 5]; 21(spe). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/17.pdf>
- [8] Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis* [periódico na Internet] 2015 Jun [acessado 2017 Ago 07];25(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200525&lng=pt.
- [9] Silva KR, Mello DS. Recursos Escassos em Serviços de Urgência e Emergência e a Tomada de Decisão: Revisão bibliográfica. Simpósio Direito e Saúde – Diálogos Interdisciplinares Latinoamericanos; 2015; Santiago, Chile.
- [10] Vasconcellos MM. *A necessidade de priorizar o atendimento à pacientes: análise Bioética dos argumentos utilizados por médicos na aplicação de recursos limitados na área da saúde*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- [11] Rocha RO. *Bioética e Alocação de Recursos em Saúde: Reflexões sobre o Compartilhamento Democrático das Tecnologias Médicas Avançadas*. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013.
- [12] Freitas EEC, Schramm FR. A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva* [periódico na Internet] 2009 [acessado 2017 Mar 03] 21(4). Disponível em: <http://www.rbti.org.br/exportar-pdf/v21n4a14.pdf>
- [13] Silva KR, Mello DS, Ribeiro RM, Roquete FF. Tomada de Decisão em Situação de Recursos Escassos: uma discussão bioética. *Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*; 2015; Resende, Rio de Janeiro.
- [14] Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Everything to fear: funding, public-private relations, and the future of SUS. *Saúde debate* [periódico na Internet] 2016 Dez [acessado 2017 Ago 31] 40(spe). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en.
- [15] Muylaert CJ, Sarubbi Jr V, Gallo PR, Rolim Neto ML, Reis AOA. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico na

- Internet]. 2014 Dez [acessado 2017 Fev 01]; 48(spe2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800184&lng=en.
- [16] Coll-Vinent B, Carreño A, Morales X, Cerón A, Gutiérrez EC, Surís X. Opinión de los médicos residentes de los hospitales catalanes sobre la formación en urgencias. *Emergencias* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2017 Jun 5]; 27(4). Disponível em: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/opinin-de-los-mdicos-residentes-de-los-hospitales-catalanes-sobre-la-formacin-en-urgencias/force_download/
- [17] Fortes PAC. Bioeticistas e a priorização de recursos de saúde no sistema público de saúde brasileiro. *Revista Bioética* [periódico na Internet] 2010 [acessado 2017 Mar 04]; 18(2). Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/573/545
- [18] Beauchamp T L, Childress, J F. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- [19] Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2007.
- [20] Oliveira SCGF. *Protocolos e diretrizes clínicas: Uma análise moral na tomada de decisão* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
- [21] Leite DAA, Pessalacia JDR, Braga PP, Rates CMP, Azevedo C, Zoboli ELCP. Uso de la casuística en el proceso de enseñanza-aprendizaje de bioética en la salud. *Revista Bioética* [periódico na Internet] 2017 [acessado 2017 Set 04]; 25(1). Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/1032/1604
- [22] Belli L, Boden MT, Quadrelli S, Somers ME ¿Qué hacer cuando no sabemos qué hacer? *Revista Americana de Medicina Respiratoria* [periódico na Internet] 2015 [acessado 2017 Mar 04]; 15(4). Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3821/382143170011.pdf>
- [23] Saraiva AMP. Acesso à tecnologia biomédica: perspectiva bioética dos enfermeiros portugueses. *Revista Bioética* [periódico na Internet] 2014 [acessado 2017 mar 04]; 22(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a18v22n1.pdf>
- [24] Abreu CBB. *Questões éticas reconhecidas por profissionais de uma equipe de Cuidados Paliativos*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública- Universidade de São Paulo; 2014.
- [25] Montezeli J, Peres A, Bernardino E. Nurse Management Skills Required At An Emergency Care Unit. *J res: fundam care online* [periódico na Internet] 2013 Mai [acessado 2017 Sep 7];5(3). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2019>
- López-Martín S, Galera-Martin C, Guerra-Tapia A. Ethics in Dermatology: Toward a New Paradigm. *Actas Dermosifiliogr* [periódico na Internet] 2013 [acessado 2017 Sep 28];104(6). Disponível em: <http://www.actasdermo.org/en/dermatologia-etica-el-nuevo-paradigma/articulo/S1578219013001170/>
- [26] Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(1) Jan-Mar 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>
- [27] Ribeiro CDM, Rego S. Bioética clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na Internet] 2008 [acessado 2017 mar 04];13(spe) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900028&script=sci_abstract
- [28] Oliveira EB, Pinel JS, Gonçalves JBA, Diniz DB. Nursing work in hospital emergency units – psychosocial risks: a descriptive study. *Online braz j nurs* [periódico na Internet] 2013 Mar [acessado 2017 Sept 7];12(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046>.
- [29] Batista JBV, Carlotto MS, Oliveira MN, Zaccara AAL; Barros EO, Duarte MSC. Transtornos mentais em professores universitários: estudo em um serviço de perícia médica. *Rev. pesqui. cuid. fundam.*, [periódico na Internet] 2016 [acessado 2017 Sep 28];8(2). Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/5009/pdf_1914
- [30] Casarolli ACG, Eberhardt TD, Nicola AL, Fernandes LM. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no Pronto-Socorro de um hospital público. *Revista de Enfermagem da UFSM* [periódico na Internet] 2015 Jul [acessado 2017 Jun 15]; 5(2). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16811>