



Mestrado em
Gestão de Recursos Humanos

Trabalho Final de Mestrado

DISSERTAÇÃO

**Restrições orçamentais e comportamentos éticos em contexto
hospitalar – evidências de cirurgiões gerais**

Cristina Piedade Silva

ORIENTAÇÃO:

PROFESSORA DOUTORA RITA MARTINS DE SOUSA

ISEG, junho 2018



LISBON
SCHOOL OF
ECONOMICS &
MANAGEMENT
UNIVERSIDADE DE LISBOA

**RESTRICÇÕES ORÇAMENTAIS E COMPORTAMENTOS
ÉTICOS EM CONTEXTO HOSPITALAR – EVIDÊNCIAS
DE CIRURGIÕES GERAIS**

Cristina Piedade Silva

ISEG, junho 2018

“Act so as never to treat another rational being merely as a means.” Kant

Agradecimentos

Ao meu companheiro de jornada, Manuel, por toda a resiliência nos momentos de maior dedicação e intensidade;

À minha filha Carol, pela capacidade de compreensão e carinho;

À minha filha Dani, por existir e ser tão bela;

À minha melhor amiga...por TUDO;

À Professora Doutora Rita, pela sua grandeza, apoio, orientação, entrega e amizade;

Ao Pedro e à Maria, porque antes deste passo, estavam eles;

Ao meu diretor, Sergio, por acreditar e apoiar este projeto;

Aos Professores:

Carla Curado, João Pargana, Helena Jerónimo, Sofia Bento, Maria João Nicolau, Nuno Pena, Pilar Conde, Paulo Henriques, Sara Falcão Casaca, Garcia Pereira, Eduarda Soares e Jorge Gomes por todo o conhecimento partilhado, pela implicação, pela persistência e pela paixão pelo ensino.

E ao professor Daniel Seabra Lopes que me acompanhará no passo seguinte...

Índice

RESTRIÇÕES ORÇAMENTAIS E COMPORTAMENTOS ÉTICOS EM CONTEXTO HOSPITALAR – EVIDÊNCIAS DE CIRURGIÕES GERAIS	i
Agradecimentos	ii
Índice	iii
Índice de tabelas	iv
Lista de Abreviaturas.....	v
Resumo.....	vi
Abstract	vii
1- INTRODUÇÃO	1
2. – REVISÃO DA LITERATURA E ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
2.1. - Ética, Organizações e GRH	2
2.2.- Ética – Excelência e Justiça.....	5
2. 3. – Ética, Medicina e Saúde.....	10
2. 3.1. – Ética e Economia na Saúde.....	12
2. 3.2. – A Troika e a Saúde em Portugal.....	17
2.4 - Deontologia e Código Deontológico da Ordem dos Médicos.....	18
3. TRABALHO EMPÍRICO: Apresentação e Análise de Dados	20
3.1 – Orientações Metodológicas	20
3.4 – Apresentação, análise e discussão dos dados.....	24
3.5 – Conclusões.....	31
3.6 – Limitações e Investigação Futura	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
WEBGRAFIA	37
ANEXO I	38

ANEXO II	41
ANEXO III.....	42
ANEXO IV.....	43
ANEXO V–EXCERTOS DEMONSTRATIVOS.....	44
ANEXO VI – DIÁRIOS DE CAMPO.....	46

Índice de tabelas

Tabela 1:	23
-----------------	----

Lista de Abreviaturas

AC – Abordagem das Capacidades

CEIC - Comissão de Ética para a Investigação Clínica

CES – Comité de Ética para a Saúde

DRH – Departamento de Recursos Humanos

EPE – Entidade Pública Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

GRH – Gestão de Recursos Humanos

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

PA – Programa de Ajustamento

PIB – Produto Interno Bruto

PPP – Parceria Público-Privada

RH – Recursos Humanos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Resumo

Ética e Economia são dois conceitos que se correlacionam intrinsecamente com um Sistema Nacional de Saúde num cenário de pós crise ainda indefinido.

A par com a recessão económica iniciada no final da 1ª década do século XXI, as instituições de saúde depararam-se com restrições económicas que condicionaram recursos materiais e humanos, que têm vindo a afetar a atividade dos profissionais de saúde. Os cirurgiões gerais, enquanto recursos humanos de organizações de saúde pública e/ou privada, regem-se por um código deontológico que pode ou não ser condicionado pela economia hospitalar. Os condicionalismos de uma economia hospitalar deficitária e de um orçamento restritivo para a Saúde, podem interferir na vida profissional destes médicos, limitando as suas ações no que concerne à tomada de decisão sobre o melhor tratamento para os seus doentes e condicionar os seus comportamentos éticos.

Utilizando uma abordagem metodológica qualitativa e de observação participante, a investigação recai sobre se os comportamentos dos cirurgiões gerais se alteram perante um cenário de constrição financeira nos seus procedimentos diários, de acordo com a sua ética deontológica. Afere-se que, independentemente de se manterem fiéis ao seu código deontológico, os cirurgiões gerais são afetados nas suas boas práticas e no tratamento dos pacientes, sem que anulem uma liberdade intrínseca de ajuizar clínica e eticamente a sua atividade, mas que a denúncia de má prática permanece silenciada e nenhum organismo externo interfere nesta na sua tomada de decisão ética.

Palavras-Chave: Ética, Cirurgiões Gerais, Gestão de Recursos Humanos, Restrições Orçamentais, Saúde.

Abstract

Ethics and Economics are two concepts that correlate intrinsically with a National Health System in a post-crisis scenario that is still undefined.

Along with the economic recession that began at the end of the first decade of the 21st century, health institutions faced economic constraints that have conditioned material and human resources, which have affected the activity of health professionals. General surgeons, as human resources of public and / or private health organizations, are governed by a code of ethics that may or may not be conditioned by the hospital economy. The constraints of a poor hospital economy and a restrictive health budget can interfere with the professional life of these physicians by limiting their actions in decision making about the best treatment for their patients and conditioning their ethical behavior.

Using a qualitative methodological approach and participant observation, the investigation is based on whether the behavior of general surgeons changes in the face of a scenario of financial constriction in their daily procedures, accordingly to their deontological ethics. It is pointed out that, regardless of whether they remain faithful to their code of ethics, general surgeons are affected in their good practices and in the treatment of patients, without detracting from the intrinsic freedom to judge clinically and ethically their activity, practice remains silent and no external body interferes with it in its ethical decision-making.

Keywords: Ethics, General Surgeons, Human Resource Management, Budgetary Restrictions, Health.

1- INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, especialistas médicos debruçam-se sobre a problemática da forma como a economia afeta a sua atividade, sobretudo nas implicações éticas e nas consequências que eventuais restrições orçamentais possam ter para o tratamento dos seus pacientes.

Ética, também sinónimo de “moral”, tem definições diversas para Treviño & Nelson que vão de “um conjunto de princípios morais ou valores”, definição demasiadamente pessoal, até aos “princípios, normas e padrões de conduta que governam um indivíduo ou grupo” (2011, pp.17-19, tradução livre), podendo a conduta ética profissional ser considerada uma extensão de uma boa gestão, a não ser que o trabalhador encontre conflito entre os seus valores ou padrões de conduta e os da entidade que representa ou que esta encoraje ou permita que comportamentos não éticos aconteçam.

A ética médica, remetida pelo Dicionário Médico (Manuila *et al*, 2011) para deontologia médica, representa um conjunto de obrigações inerentes ao exercício da medicina.

Também os cirurgiões (seres e recursos humanos) devem orientar as suas opções pela ética enquanto resposta à questão colocada a cada momento nas suas vidas: “como devo agir?”, a célebre questão kantiana que advoga o respeito e o dever para com os outros (Santos, 2012).

Neste contexto, e tendo como base o código deontológico da medicina em Portugal, colocam-se algumas questões que desafiam a prática destas obrigações. A questão de partida desta investigação tem como objetivo compreender se as boas

práticas se mantêm num contexto de restrição económica: *Os cirurgiões gerais portugueses (“balizados pelos princípios éticos fundamentais que constituem os pilares da profissão médica”)* mantêm as boas práticas, independentemente das restrições económicas a que têm vindo a ser sujeitos? As seguintes sub-questões pretendem aprofundar as variáveis comportamentais e os seus efeitos: 1. De que modo estas restrições interferem na eficiência das suas escolhas? 2. Os cirurgiões gerais apelam ao seu direito de objeção de consciência quando estas restrições geram conflito com a sua consciência? 3. O cirurgião comunica à Ordem situações irregulares provocadas por estes condicionalismos que denunciem improbidade, conduzam a atitudes incompetentes ou a infrações das regras deontológicas por terceiros? 4. Existem diferenças destas regras de contenção entre as instituições públicas e as privadas? 5. O Departamento de Recursos Humanos ou o Comité de Ética influenciam na tomada de decisão?

Após esta introdução, segue-se a revisão de literatura. Nesta, analisam-se conceitos de gestão de recursos humanos e comportamentos éticos, bem como se explicita o estado da arte de profissionais de medicina em especialidades cirúrgicas. Segue-se a abordagem metodológica, assim como a análise e discussão dos dados. A conclusão e a explanação das limitações desta investigação, bem como sugestões para uma investigação futura terminam este trabalho.

2. - REVISÃO DA LITERATURA E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. - Ética, Organizações e GRH

A Gestão de Recursos Humanos (GRH), sendo mais do que um departamento de gestão, está intimamente associada à gestão de pessoas. Noe (2013) define as práticas da

GRH como um investimento (em termos de tempo, esforços ou dinheiro) no staff, o que aporta vantagem competitiva às organizações.

Uma das tarefas dos gestores de Recursos Humanos (RH) é o suporte na orientação ao cumprimento da lei, de forma a garantir consistência da mensagem aos empregados, para que estes se sintam confiantes e justamente tratados (Torrington *et al.* 2009). Contudo, o mais importante recurso das organizações (as pessoas), é passível de demonstrar comportamentos éticos ou não éticos em contexto organizacional nas suas práticas diárias, pelo que todos os gestores devem ter um papel ativo na orientação dos empregados, pela sua responsabilidade social (Torrington *et al.* 2009). Por consequência, há que interpretar o valor da ética.

Treviño & Nelson (2011) interpretam a lei como norma mas não suficientemente necessária *per si* para promover a ética, pelo que o domínio da ética absorve a lei e standards éticos que a lei não contempla. As pessoas movem-se por propósitos morais e altruístas, confiança e valores (“certos” versus “errados”), valores estes que por vezes entram em conflito e geram dilemas éticos. A deontologia assenta em deveres, obrigações e princípios e no respeito pelo ser humano - que devem ser postos em prática independentemente das consequências - e conduz a códigos de conduta em muitas profissões. Os dilemas éticos acontecem na vida profissional, pelo que os trabalhadores devem estar informados, devem poder perguntar e com facilidade aceder ao código de conduta da sua organização, para além de terem em linha de conta os valores próprios do indivíduo. A consciência ética traduz-se em julgamento ético que dá lugar à ação ética, não descurando o facto de que a decisão individual do que está eticamente correto está intrinsecamente ligada ao que os outros pensam, embora não tão evidente em indivíduos de princípios pós-convencionais, que resistem a pressões externas e fortalecem o clima ético enquanto líderes (Kohlberg, 1969). No que respeita ao

problema ético do uso indevido de recursos da organização, Treviño e Nelson afirmam que o indivíduo é responsável pelo bom uso dos recursos corporativos, o que inclui as suas finanças e reputação, pelo que este deve honrar o nome da organização que representa e não usar abusivamente recursos que não lhe pertencem. Reportar de forma hierarquicamente correta comportamentos abusivos dos pares, é visto por estas investigadoras como algo que exige coragem em casos difíceis que acarretem riscos sérios à organização, sejam estes financeiros ou de outra ordem.

Jennings (2006) explica que o fenómeno do silêncio na denúncia atribui-se ao “não encaixe”, ao sentimento de não fazer parte da equipa, a uma cultura de medo que advém do pensamento grupal e da inabilidade que o ser humano tem em identificar o errado no meio de uma maior parte que o não vê. A autora refere que num inquério realizado em 2005 e 2006, apenas 50% das pessoas reportam conduta ilegal ou não ética dos pares. Estes fatores são retratados como inimigos de uma cultura ética e promotores do colapso ético.

Uma cultura organizacional mais forte (cujos sistemas formais e informais estão fortemente alinhados com o suporte a comportamentos éticos) potencia o processo natural de aculturação ou socialização, que transmite aprendizagem aos empregados. Estes acabam por comportar-se em consonância com o observado, de forma a caber no contexto da organização, alinhados com a cultura ética esperada (Treviño & Nelson, 2011).

Para que a comunicação flua, é importante que os RH sejam acessíveis aos empregados e se utilizem todos os canais formais e informais para enviar a mensagem ética, começando nas brochuras de recrutamento. É também relevante formar quer os novos empregados, quer os já existentes, integrando a gestão de topo e usando modelos

como jogos de ética, para que as pessoas sintam abertura para reportar ou questionar anonimamente. E como o ser humano tende a evitar a punição e a fazer o que é recompensado, os sistemas de recompensa – como fator motivacional aos comportamentos éticos - e as punições devem ser amplamente comunicados (Treviño & Nelson, 2011). Estas autoras entendem que as obrigações de cada função podem conduzir a comportamentos não éticos ou suportar comportamentos éticos. A pressão exercida sobre as exigências (tempo, burocracias) de cada função pode conduzir a respostas conflitantes com os comportamentos éticos esperados, pelo que a origem destes conflitos deve ser explorada. Por outro lado, o reportar de maus comportamentos de colegas, ainda que seja um ato difícil, sendo tarefa obrigatória da função ou item presente no código de conduta, apresenta-se como forma de encorajar comportamentos éticos (Treviño & Nelson, 2011). Greenwood (2002) remata que o *standard* mínimo para entender a GRH é de que pessoas e organizações devem tratar o indivíduo com respeito, sem interferir na sua liberdade.

2.2.- Ética - Excelência e Justiça

Enfatizando a dimensão individual, Aristóteles (2015), filósofo grego do século IV a.c., funda o conceito de ético (ethos - caráter) aliado à felicidade, à virtude, à excelência. No entanto, “nenhuma das excelências éticas nasce connosco por natureza (...), não se geram em nós nem por natureza, mas por sermos constituídos de tal modo que podemos (...) acolhê-las e aperfeiçoá-las” (Aristóteles, 2015; p. 47). Para o filósofo, a excelência ética, enquanto virtude, cultiva-se e é constituída pelos prazeres e pelos sofrimentos, que pode ser destruída ou elevada pelas ações que a originam. O seu horizonte de atuação é o mesmo do das afeições implicadas na perversidade. A sua visão de justiça prende-se com “a disposição de caráter a partir da qual os homens agem

justamente (...), o que produz e salvaguarda a felicidade bem como as suas partes componentes para si e para toda a comunidade. (...) Manifesta-se relativamente a outrém”. (Aristóteles, 2015; p. 117-120).

Na perspetiva Kantiana, Arnold & Harris (2012) afirmam que Kant pretende que o ser humano seja ético porque é a coisa certa a fazer e que as ações só têm valor moral se advierem do dever. O dever da beneficência é muito sensível aos relacionamentos, pelo que deve ser medido no contexto social, geográfico e económico, até porque atender ao bem-estar dos outros requer trabalho. O autor interroga-se se o dever da beneficência pode estar baseado num grau em que as atividades corporativas se cruzem com necessidades e interesses de indivíduos concretos.

Santos (2012), sublinha que a ética de Kant eleva o dever moral como orientador do agir, assente na boa vontade e na própria razão - uma razão prática de reflexão, de deliberação e de escolha da melhor possibilidade de uma ação moralmente boa. Deste modo, o imperativo categórico, enquanto supremacia da ação dita que: 1º se deve agir de modo a que a ação se transforme numa lei universal e 2º, que a humanidade seja usada como um fim (respeitando o seu livre arbítrio) e nunca simplesmente como um meio. Neves (2016) corrobora e acrescenta que a ação em função do dever, não depende dos resultados ou do empirismo dos desejos, o que se traduz na deontologia. Aplicando esta conceção teórica à deontologia médica, os médicos têm a obrigação ética de assegurar o melhor interesse dos doentes e da saúde pública. A autora reforça que, à luz do utilitarismo de John Stuart Mill, alcançar objetivos como “o maior bem para o maior número” pode ser limitado por princípios não utilitaristas. Na realidade, os programas de saúde pública podem não ser do melhor interesse de cada indivíduo em qualquer circunstância, apesar de ser bom para a maioria. Tal pressupõe uma certa tensão ética no que respeita à ação do médico com o indivíduo e à ação do médico com a população em

geral. Ética de saúde pública e ética clínica não são o mesmo, pois na primeira as decisões são tomadas com preocupações primárias por grandes grupos de pessoas e na última, o *locus* de tomada de decisão é a relação médico paciente e o seu bem-estar individual (Neves, 2016). DeCamp *et al.* (2017) rematam que, apesar da importância suprema dos médicos na defesa da saúde pública (programas de saúde pública) e dos conflitos sociais inerentes (e.g. defesa da reforma dos serviços de saúde), as obrigações éticas primárias do médico relacionam-se com a promoção dos melhores interesses dos pacientes individuais, pelo que programas de saúde pública devem ser desenhados em função dos compromissos éticos de base.

Da responsabilidade ética da formação médica à ética do cuidar, no ponto de vista de Rosas, 2016 (*apud* Neves 2016) a ética do cuidado assenta em relações especiais de proximidade, em contraposição com as éticas deontológicas que estão menos interessadas no peso moral dessas.

Perdigão (2003) desenvolve este pressuposto, declarando que a ética do cuidar é um conceito primordial à existência humana e ao desempenho profissional, especialmente num contexto de quem cuida de outrem. No cuidar pode residir a cura. Por outro lado, a deontologia centra-se no dever. “A ética do cuidar como critério ético-profissional é aquele que mais se aproxima do respeito pelo outro na sua liberdade, dignidade e diferença” (Perdigão, 2003, p.493).

Mas o cuidar tem custos. Arnsperger & Van Parijs (2004) explicam que estes cuidados absorvem uma fatia elevada e crescente do rendimento das nações, pelo que há que definir médica, económica e eticamente quem os receberá gratuitamente e quem os pagará. A ética é constantemente chamada a estas tomadas de decisão, que vão da decisão política de aumentar ou reduzir os subsídios públicos, à investigação contra a sida ou à taxa moderadora sobre os medicamentos genéricos, até à decisão individual de

desligar as máquinas às pessoas em coma ou de atribuir um órgão a um dado doente à espera de um transplante em detrimento de outro.

Fleck (2014) lança a discussão do “apenas cuidar” em situações de cancro e de medicina personalizada (terapia individualizada de acordo com a análise molecular do tumor do paciente), questão que levanta não só custos aos doentes e sociedade, como custos morais e económicos. A questão que levanta comporta o significado de uma sociedade cuidadora e justa com recursos limitados (nem todos os contribuintes ou segurados podem pagar para assegurar os cuidados necessários de saúde) para tratar cuidados de saúde de forma ilimitada. Os limites morais e económicos devem ser justamente traçados: os custos explodem com as tecnologias e este é um problema de caridade na saúde, o problema do “cuidado justo”.

Todavia, em medicina não existe somente médico e paciente. A teoria dos stakeholders (Freeman *et al.*, 1984; 2010) coloca ênfase nas necessidades e aspirações das diversas pessoas e instituições que formam a sociedade, avaliando os efeitos económicos, sociais e éticos que essa decisão tem na sociedade. Uma organização move-se para além dos interesses dos seus acionistas: apela aos grupos de funcionários, clientes, fornecedores, governo, comunidade local, sociedade, banca e grupos que representam interesses específicos, na procura de um equilíbrio equitativo entre estes diferentes grupos. (Mercier, 2003).

Nesse sentido, “*Stakeholder*” refere-se aos grupos sem cujo suporte a organização deixaria de existir - Stewart, Allen Cavender, 1963 (*apud* Freeman *et al.* 2010) e esta abordagem organizacional é atualmente o melhor método de gerar retorno financeiro, desde que haja foco nas partes e no seu bem-estar, pois qualquer instituição que tenha em conta os interesses dos *stakeholders* é mais sustentável no tempo.

Pinnington *et al.* (2007) advogam que os empregados, vistos como *stakeholders* legítimos à luz desta teoria, importam grandemente tanto no campo da GRH como na ética profissional. A teoria sublinha a atribuição de moralidade a atores e sujeitos em que se requer respeitar os outros como seres humanos e atentar nas ações para com eles. Assim, as instituições devem tratar os seus *stakeholders* como seres racionais com direito a perseguir os seus interesses, bem como tomar parte da tomada de decisão. A lógica relativa aos empregados parece demonstrar que quanto mais uma organização envolve os seus empregados, mais responsável se torna e mais estes se comprometem na concretização dos objetivos da organização.

Também a inovação tecnológica é parte da tomada de decisão dos vários *stakeholders* do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português. Nogueira (2016) apresenta esta como parte fundamental de um cenário de gestão eficaz de recursos, uma vez que melhora a qualidade de vida das pessoas. Em Portugal vive-se a procura do melhor equilíbrio custo-eficácia na prestação de cuidados, o que pode conflitar com a aquisição de novas tecnologias. Cabe aos diversos *stakeholders* a tomada de decisão ética. O SNS adotou um Código de Conduta Ética que regula relações, visando cumprir a missão do serviço público com eficiência e equidade. O autor considera que as partes envolvidas no processo têm interesses nos avanços que a tecnologia produz para o bem-estar da população: à gestão interessa a efetividade e a eficiência; à academia, o conhecimento e o prestígio; às empresas, o assegurar dos lucros; aos profissionais de saúde, a excelência conseguida da prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes; a estes, a melhor solução. Os últimos são os cidadãos que contribuem para o SNS e que esperam uma utilização adequada de recursos para obtenção de melhores benefícios.

Machado (2012) acrescenta o *stakeholder* político no papel de investidor, objetivando desenvolvimento económico, coesão social, competitividade e

produtividade, considerando que as decisões políticas impactam na saúde dos portugueses. Salienta que a visão do gestor se enfoca no gasto imediato com a resposta de restrição, sem consideração ética. Todavia, a decisão deve considerar o equilíbrio da utilização dos recursos da comunidade e o direito individual à equidade. Por outro lado, o médico defende a individualidade do seu paciente sobre o coletivo, pelo que a decisão deve assentar sempre neste e na situação clínica de cada paciente, sublinhando a equidade. O papel da indústria é visto como defensor de evidências que fundamentam a comercialização e regulador do acesso. O INFARMED, outro *stakeholder*, é o organismo de avaliação de tecnologias da saúde em Portugal e tem como função a avaliação prévia de medicamentos e dispositivos médicos para posterior entrada no SNS. É da responsabilidade de todos os *stakeholders* a definição de prioridades na saúde, de eliminar o desperdício e reduzir o endividamento, pelo que a ética aportará os valores necessários à proteção equitativa dos utilizadores na doença, independentemente da sua situação económica ou social. Sendo os recursos escassos, urge a sua eficiente gestão na crescente busca de cuidados de saúde. A ética serve, então, de orientação à tomada de decisão e de mediação entre todos os intervenientes com vista à promoção de “um compromisso de todos eles com a prestação de cuidados seguros, oportunos, eficientes e equitativos” (Nogueira, 2016; p. 89).

2. 3. – Ética, Medicina e Saúde

“O médico hospitalar defende o seu doente mas deve pensar nos outros doentes, atuais e futuros, seus e de outros médicos ou instituições. Esse é o imperativo moral e ético atual” (Machado, 2012; p. 6).

Wall *et al.* (2013) testemunham um exponencial crescimento das questões de ordem ética e moral em torno dos cuidados médicos nas últimas quase três décadas, em

consequência da inovação tecnológica, da sofisticação dos doentes e dos aumentos dos custos da saúde.

Ética e bom comportamento estão intimamente ligados e advêm de uma educação moral. Prudência e a bondade éticas são virtudes imperativas em medicina: o médico está para servir a sociedade, usando a técnica de recuperar e dar saúde aos enfermos, através de gratuidade, com precisão, amor à arte e aos doentes. Tal implica não causar danos e procurar o bem do paciente, ajudando-o no seu melhor interesse. A competência técnica é, portanto, primordial em medicina e passa pelo conhecimento da *leges artis* (regras da prática formuladas em procedimentos normalizados) que, perante a variabilidade vital de cada doente, deve ser questionada para uma correcta adequação de tratamento, o que responsabiliza o médico por estar em dia com avanços técnicos (Pardo, 2011).

Escobar *et al.* (2010) defendem que a profissão de médico orienta-se por padrões elevados de profissionalismo e por princípios éticos, colocando os interesses de terceiros acima dos seus. O médico é-o por vocação, por compromisso social e move-se por altruísmo, cumprimento, destreza e conhecimento. O “juramento hipocrático” confere-lhe um grau de certificação para o exercício de uma profissão que depende da sua integridade individual, exigindo-lhe um continuado desenvolvimento de competências, ao serviço do melhor interesse para o paciente, em modo de promessa de confiança com as obrigações morais que ser médico impõe. A medicina precisa de mestres virtuosos.

Mas estes mestres virtuosos são humanos; independentemente do juramento profissional, que defende que “os médicos devem obedecer à moral interna da prática médica, cuja pedra angular é o dever de beneficiência” (Feen, 2012; p. 20). Os médicos

também são pessoas, cujo papel é defender os seus doentes, mas não colocá-los num plano moral superior, cujos princípios triunfam aos dos outros quando há conflito. Impõe-se, portanto, mediar e refletir. Czarkowski *et al.* (2015) explicam que as *guidelines* da UNESCO contemplam a existência de Comitês de Ética para a Saúde (CES), que carecem de legislação, procedimentos standardizados de operacionalização e membros bem formados, eleitos pela confiança dos empregados da instituição. Estas CES visam a formação em questões de ética de tratamento e prática clínica, não só dos profissionais de saúde, como dos próprios doentes e familiares.

Em Portugal, na conferência de abertura da Reunião Nacional de Comissões de Ética realizada no Hospital da Luz a 22 de Março de 2013, Lucília Nunes explica que a 1ª CES nasceu nos Hospitais da Universidade de Coimbra em Julho de 1986 e em 2004 nasceu a Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC), visando proteger os direitos dos participantes em ensaios e investigação clínicos, sendo constituída por profissionais de saúde. A CES baseia-se no apoio à prática clínica, atuando como um organismo independente de poderes, mediador de ética e praticando a reflexão, o debate e a iluminação de vertentes éticas.

2. 3.1. - Ética e Economia na Saúde

“Nowadays, society remains far from a global health ethic, partially because of the primacy of economics” (Goldberg & Patz, 2015; p.38).

O *core* da medicina é a resposta da humanidade para a necessidade vital de ajuda no tratamento das doenças. A estratégia médica passa por preservar a integridade deste núcleo, usando os princípios éticos (autonomia, não dano, benevolência e justiça) como

guia orientador, uma vez que não consegue ultrapassar as fronteiras ameaçadoras da economia, gestão e política. (Kodolitsch *et al*, 2017).

Para Barba (2012), a diferença entre viver corretamente e viver virtuosamente é que a primeira impele a seguir as regras do sistema e a segunda, a viver concordantemente com princípios morais que atendem ao bem-estar dos outros. Neste sentido, aplica-se aqui a teoria explicitada na secção 2.2. da ética das virtudes aristotélicas. No México, o crescente desequilíbrio entre a população e as infraestruturas provocou uma degradação no tratamento médico devida à ausência de recursos humanos e materiais, que impedem tratamentos adequados aos diagnósticos apurados. Os sistemas de saúde estatais não procuram aportar bem-estar, mas antes legitimar o Estado, causando a menor drenagem de recursos possível e convertendo a saúde num bem a comercializar e não num direito humano básico, equiparando-a a uma indústria – talvez das mais ricas, por vender o que todo o ser humano necessita. Tal realidade transformou os hospitais privados em hotéis de consumo máximo, em vez de buscar a cura dos doentes, o que retirou médicos da saúde pública por questões de subsistência económica. A ética deve ser o *ADN*, mas só vive sãmente quem consegue ter dinheiro suficiente para custear a saúde, como se de uma mercadoria se tratasse (Barba, 2012).

Segundo Villanueva-Egan & Lezana Fernandez (2014a), a articulação entre a ética médica e a economia podem alcançar repercussões do nível pessoal ao macroeconómico. As políticas atuais de saúde tendem à racionalização do uso das tecnologias, em termos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência, benefício social e adequação de custos. Mas economia em saúde significa gerar valor com os recursos existentes através do seu uso mais eficiente. Raramente é quantificado o elevado impacto em custos (indiretos) provocado pela má qualidade da atenção ao paciente – falhas ou erros médicos –, desconsiderando, na tomada de decisão, a rentabilidade do

investimento na prevenção dos erros para melhoria da qualidade dos cuidados. A eficiência que, mais do que no ajuste de custos financeiros, consegue-se pela eliminação do desperdício, conta com a escolha da opção eficaz que mostre maior rendimento e o seu aumento ajuda a reduzir custos, pelo que os autores apelam ao uso eficiente e responsável dos recursos para conseguir uma adequada distribuição de bens e direitos para o paciente. Neste sentido, urge que os gestores hospitalares pensem em indicadores não financeiros de qualidade, como os tempos de espera para consultas ou cirurgias, a duração de uma consulta, a qualidade de informação e do tratamento do pessoal de saúde, as condições de trabalho dos profissionais de saúde, as características das intervenções, bem como a medição das expectativas e o serviço recebido pelos doentes. É mais rentável investir em qualidade, (que é um direito dos utentes e dos profissionais de saúde), pelo que deve promover-se a segurança e atenção das necessidades dos pacientes e olhar os profissionais como pessoas importantes que impulsionam a mudança (Villanueva-Egan & Fernandez, 2014).

Para Wasserman (2014), o papel do médico deveria ser mais do que prestar cuidados a pacientes, devendo abordar as desigualdades e ineficiências do sistema de saúde. Nos Estados Unidos da América (EUA), um recente fenómeno consiste em os médicos competirem por recursos para os seus doentes, sem autoridade centralizada. Um médico deveria ter acesso a conhecimento sobre iniquidade e ineficiência, que lhe permitiriam tornar-se num eficaz reformador da saúde e procurar todos os recursos a que os doentes têm legalmente direito.

Aqui, o elevado custo da saúde é comumente denominado de crise, o que exige um duplo papel dos médicos: o duplo agenciamento do médico - que consiste nas suas obrigações com o melhor interesse do doente e no conflito com uma justa distribuição de recursos, de modo a reduzir o desperdício. A maioria das intervenções

médicas têm pouca evidência de risco-benefício para todos os pacientes e dados limitados na forma como esse risco-benefício se compara às alternativas, mas a criação de regras restritivas de reembolso para definir quem é elegível para receber todo o serviço médico não é prático e, provavelmente, não será possível (Riggs & DeCamp, 2014).

No panorama nacional, um estudo longitudinal com cento e sete pacientes levado a cabo no serviço de Cardiologia e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do Hospital de São João, no Porto, em 2010 e 2011, demonstrou que os custos da saúde em Portugal são uma preocupação social e que os pacientes devem ser alertados para os custos de tratamento e de intervenção durante o internamento, de forma a melhorarem a sua responsabilidade e autonomia no caso de doenças cardiovasculares. É importante conhecer não só as perceções dos pacientes, como também responsabilizá-los para que a sociedade seja mais eficiente na gestão da saúde. Para os investigadores, conhecer os custos das intervenções de saúde pode conduzir a uma maior racionalidade e eficiência na alocação de recursos, reduzindo a disparidade no acesso aos cuidados de saúde (Nunes *et al.*, 2013).

E onde não há recursos? Wall (2014) descreve os desafios éticos da cirurgia global em regime de voluntariado nos países de baixo e médio rendimento, onde os cuidados cirúrgicos são excessivamente caros para se poderem implementar. O denominado “fardo da doença cirúrgica” corresponde à incapacidade total e mortes causadas por ausência de cuidado cirúrgico. 73,6% dos duzentos milhões de operações anuais a nível mundial correspondem ao terço mais rico e 3,5% ao terço mais pobre do planeta.

Gil *et al.* (2012 *apud* Wall, 2014) narram a utilização de rede mosquiteira de nylon ou polyester (em vez de próteses estéreis adequadas) no tratamento de hérnias nestes países, em que cuidados pós operatórios e infraestruturas são limitados e desadequados. Acresce que apenas 70% deste tipo de reparação em África usaram coagulação por ausência de equipamento nas salas operatórias. Wall (2014) conclui que devem refrear-se as missões de voluntariado em locais em que as deficiências de capacidade possam comprometer o tratamento e a segurança do doente, tornando as intervenções demasiado arriscadas e que podem deixar os pacientes pior do que estavam.

A cirurgia tem um papel importante na economia da saúde, uma vez que está também condicionada pela avaliação comparativa do custo-benefício. Como tal, Brazier & Johnson (2001) propõem uma avaliação baseada em estudos clínicos de cirurgia como procedimento de rotina e na qualidade de vida percebida pelo doente. O modo como hospitais e cirurgiões são remunerados pode afetar as decisões, urgindo estudar o custo-efetividade dos sistemas de reembolso e a sua afetação na prática.

Estes estudos do custo-utilidade da cirurgia são também defendidos por Kotsis & Chung (2010), que reforçam a necessidade de avaliação económica não apenas dos custos e dos resultados mas também dos *anos-de-vida-ajustados-em-qualidade* para o paciente. As conclusões dão recomendações baseadas na perspetiva societal para desenhar estratégias de política de saúde. Não pode, tampouco, ignorar-se que o médico tem o dever ético de considerar a necessidade do paciente individual na consideração da melhor decisão de tratamento.

A preocupação económica tornou-se superior à preocupação com o doente e os cirurgiões são impelidos pelo excesso de cirurgias, burocracias e doentes para o tempo

disponível, o que compromete de igual modo a formação dos seus internos. De acordo com Wall *et al.* (2013), não conseguem acompanhar as novas tecnologias por escassez económica e suportam, em *stress*, o peso das responsabilidades da cirurgia, do pós-operatório, das complicações e do *follow up* a longo prazo.

2. 3.2. – A Troika e a Saúde em Portugal

As recentes políticas de austeridade que atravessaram a Europa levantaram desafios de dimensão ética com impacto na saúde pública. Segundo Brall *et al* (2016), países como Portugal aceitaram e sofreram a implementação de medidas de austeridade da Troika eticamente duvidosas, enquanto a maior parte dos países europeus somente alterou os níveis de contribuição e custos da saúde. Os salários dos profissionais ficaram congelados ou foram reduzidos, conduzindo à emigração ou à migração para entidades privadas; as taxas de admissão incrementaram – o que conduziu muitos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) às instituições privadas; os tempos de espera aumentaram; as negociações com fornecedores de medicamentos e tecnologia médica obrigaram a um decréscimo de preços, denunciando um impacto negativo na inovação e, conseqüentemente, no crescimento económico; os cuidados primários tornaram-se “*low priced*”. A saúde tornou-se desumanizada. Esta adesão da saúde pública a valores de mercado negligenciam a abordagem centrada no paciente, no respeito à sua dignidade e individualidade, independentemente da sua condição económica ou social. A mortalidade infantil aumentou, tal como a proliferação do HIV e a taxa de mortalidade cresceu devido à *Influenza*, resultado da falta de capacidade de aquecimento no país. Os autores apelam à verificação de esta redução de recursos e o desvio para a privatização da saúde serem ou não eticamente aceitáveis, dado que, do ponto de vista da Abordagem da Capacidade (CA), tudo o que diminua a literacia da

saúde é *prima facie* moralmente desfavorável e a falta de promoção da saúde é eticamente crítica (Brall *et al.*,2016).

Sakellarides *et al.* (2014) complementam que o Programa de Ajustamento (PA) para Portugal em 2014 incluía o aumento das taxas moderadoras, a limitação de preço para os genéricos (com doses de 60% do produto original) com incentivo ao seu consumo, uma central de compras para o SNS, uma redução de custos operacionais hospitalares em 50% em 2012, incremento da mobilidade de profissionais e redução de 10% de gastos em cada um dos dois anos seguintes em horas extraordinárias. A “lei dos compromissos” limitou novas aquisições, aboliram-se o 13º e 14º meses de salário aos trabalhadores da saúde, congelaram-se as carreiras e reduziram-se os benefícios de reforma. Todavia, os autores não conseguem identificar as consequências dos cortes orçamentais, das reduções salariais e das mudanças nas condições de trabalho dos processos de cuidados de saúde, mas sugerem uma maior atenção ao contributo da saúde para a economia.

2.4 - Deontologia e Código Deontológico da Ordem dos Médicos

“As reflexões ao nível de uma profissão ou de um setor de atividade dão por vezes lugar à elaboração comum de um código de deontologia (...) Os valores e normas existentes (e implícitas) nem sempre são suficientes para guiar os empregados confrontados com problemas éticos.”
(Mercier, 2003; pp. 9 e 16).

No que concerne à deontologia, *deon* (do grego, o que se deve fazer), para Neves (2016) esta é uma ética de afirmação de regras absolutas, de obrigações do que fazer e não fazer e está centrada no indivíduo que age. O problema da complexidade da decisão moral pode surgir em profissões técnicas, de especialização, quando nunca existe

preparação suficiente para a ponderação de decisões em casos cuja escolha resida entre o preto e o cinzento-escuro. “A segurança operatória com que o referido profissional, altamente especializado, age do ponto de vista científico não lhe dá (...) a mesma certeza na escolha, que ele sabe que deve fazer no momento, e que pode ter consequências irreversíveis” (Neves, 2016; p. 213), pelo que o apoio está nos saberes da interação humana e na reflexão e ponderação. A medicina é uma destas profissões.

Hortal 2004 (*apud* Neves 2016) realça que a deontologia orienta a ação do indivíduo no trabalho no sentido do bem, o que passa por profissionalismo, humanidade e sentido social, que são três virtudes: a primeira implica compromisso, dedicação e responsabilidade; a segunda visa viver, ajudar e respeitar os outros; por fim, a última exige dar o melhor à sociedade.

Para Santos (2012), “a deontologia considera-se uma ética procedimental (...), limita-se a conceber procedimentos impessoais e objetivos de legitimação de qualquer norma que um qualquer membro de uma comunidade de discussão pretenda fazer valer e respeitar. (...) O procedimentalismo concorre para garantir o carácter de validade universal dos princípios morais, que constitui uma pretensão central da ética deontológica (...). Se a ética (...) for de carácter universalista, um tal Estado não estará tentado a impor ou proibir aos seus cidadãos costumes ou estilos de vida determinados, cabendo ao indivíduo (...) optar livremente pela conceção de bem que quiser, desde que esta não entre em conflito com os princípios universais” (Santos, 2012; p. 93). O autor conclui, na linha da teoria da justiça de Rawls (2013) que, numa ética deontológica, agir eticamente é cumprir o justo, sendo este um dever ou uma lei moral, que o bem depende do justo e este é independente das consequências das ações.

De acordo com o regulamento nº707/2016 do Diário da República nº139/2016, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (anexo I) consiste em normas éticas norteadoras de relações humanas no exercício da medicina, que incluem deveres como o respeito pelo direito à saúde, a abstenção de práticas não justificadas, a proteção da sociedade, a não discriminação, a prestação dos melhores cuidados e a prestação dos atos reconhecidos pela *leges artis*, entre outros.

3. TRABALHO EMPÍRICO: Apresentação e Análise de Dados

3.1 – Orientações Metodológicas

A investigação desenvolvida nesta dissertação assentou em entrevistas a cirurgiões gerais e a observação participante no âmbito da atividade profissional da autora, segundo os moldes da autoetnografia.

No anexo II encontra-se o guião inicial, orientador das questões elaboradas, tendo este sido flexível no sentido de proporcionar ao entrevistado liberdade de expressão sobre temáticas específicas que preferiu desenvolver.

A amostra é composta por trinta e um cirurgiões gerais, de ambos os géneros, variando as suas idades entre os trinta e sete e os setenta anos, os quais trabalham em diversos hospitais do SNS do norte, centro e sul do país. Apenas um dos inquiridos trabalha exclusivamente em medicina privada e três saíram recentemente de hospitais públicos para privados, por razões de ordem diversa. Os cirurgiões têm, no mínimo, um e no máximo trinta e três anos de exercício de especialidade, para além do internato da especialidade (seis anos). Em termos de categoria profissional são assistentes, assistentes graduados, chefes de serviço ou diretores de serviço. Não existiu seleção por

grau, por género ou idade. Todos os entrevistados demonstraram enorme entusiasmo e voluntariedade por fazer parte do estudo.

A recolha de dados foi feita através de entrevistas semi-diretivas, perguntas de resposta aberta e observação participante. As entrevistas realizaram-se em Centros Hospitalares, Hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE), Parcerias Público Privadas (PPP) e um grupo hospitalar privado de capital nacional. Foram realizadas no âmbito da atividade profissional da investigadora, em dias de semana, tendo sido previamente feita uma abordagem inicial ao médico, ora pessoalmente, no hospital onde exerce atividade, ora por telefone, com esclarecimento dos objetivos e tempo de duração das mesmas. Os entrevistados foram informados do anonimato das entrevistas e foram maioritariamente definidos pela proximidade que a aluna mantém com estes, dado que exerce atividade profissional há vinte anos numa multinacional de dispositivos médicos implantáveis e conhece a maioria dos especialistas. Tendo em conta que a grande parte destes cirurgiões praticam também medicina privada, estendeu-se-lhes as mesmas questões ao âmbito da prática privada. As entrevistas foram efetuadas entre 23 de Fevereiro e 22 de Março de 2018, com um tempo médio de duração de uma hora, sendo que ao finalizar da entrevista, praticamente todos quiseram manter uma conversa informal sobre a temática, tendo sido insistência de alguns a omissão de detalhes que os pudessem identificar perante a comunidade médica. Por este motivo, a amostra não é caracterizada em função do género e não são abordados detalhes relativos à identificação do hospital. Após análise de conteúdo, foram selecionados para a dissertação os excertos relevantes.

As entrevistas foram combinadas com observação participante, através de presença física em cirurgias, efetuadas nos blocos operatórios destes hospitais, locais onde diariamente são usados materiais onerosos às instituições de saúde e onde frequentemente os profissionais são aconselhados a utilizar materiais mais baratos. O

trabalho de campo e a observação participante permitiram perceber as rotinas e acontecimentos especiais - previsíveis ou não - ou adversos (como emergências) e aferir as escolhas dos cirurgiões quando confrontados com tomadas de decisão económicas, em contexto cirúrgico, nomeadamente em cirurgias de reparação de hérnias da parede abdominal.

O levantamento bibliográfico foi feito no ISEG, através da biblioteca e da plataforma B-On. No entanto, a maioria dos artigos relevantes na temática da medicina relacionada com ética e economia foram identificados online, em revistas especializadas de medicina, e posteriormente disponibilizadas por cirurgiões gerais que as assinam. Incluiu-se pesquisa documental, nomeadamente alguns dados relevantes dos países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) sobre a percentagem do PIB (Produto Interno Bruto) dedicada à saúde, a opinião pública sobre a saúde e o poder de compra para a saúde (Anexo III), o Juramento Hipocrático (Anexo IV) e o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Anexo I).

Foi efetuada uma análise de conteúdo que, para Bardin (1988) é um método empírico traduzido num conjunto de instrumentos que se aplicam a conteúdos diversificados, adaptável a um campo de aplicação muito vasto, cuja intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção. O método categorial é um método taxionómico, que organiza a informação em rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos importantes da mensagem.

Posteriormente, construíram-se as categorias e dois níveis de subcategorias, utilizando o programa *MAXQDA13*. Estas foram definidas tendo em consideração o enquadramento teórico e as questões de partida. Na tabela 1. sumaria-se as categorias e subcategorias consideradas:

Tabela 1:

Categoria		Subcategoria 1	Subcategoria 2
Dados do cirurgião	1	<i>Idade</i>	
	2	<i>Número anos atividade</i>	
	3	<i>Medicina pública / privada/ ppp</i>	
Visão do SNS	4	<i>Identificação com valores</i>	
	5	<i>SNS como indústria</i>	
Restrição orçamental e boas práticas	6	<i>Impacto da crise</i>	<i>Situações de crise vivenciadas</i>
	7	<i>Restrições e boas práticas</i>	<i>Modos de afetação</i>
	8	<i>Responsabilidade na gestão do orçamento</i>	
	9	<i>Eficiência depende da afetação de recursos</i>	<i>Interferência na escolha no tratamento</i>
	10	<i>Cancelamento / adiamento cirurgias</i>	
Ética Individual e Deontologia	11	<i>Conflito entre restrições económicas e <i>leges artis</i></i>	<i>Exemplo de conflito</i>
	12	<i>Cercear liberdade para juízos clínicos/éticos</i>	
	13	<i>Restrições económicas e objeção de consciência</i>	
	14	<i>Referenciação por ausência de recursos</i>	
Intervenção individual para o bem comum	15	<i>Comunicação de infrações à OM/outra entidade</i>	
	16	<i>Motivos comunicação/não comunicação</i>	
Contexto e Ética individual	17	<i>Igualdade regras de contenção</i>	<i>H. Públicos /H. Privados</i>
	18	<i>Beneficiência para obtenção de recursos negados</i>	<i>modo de beneficiência</i>
	19	<i>Protocolos e variabilidade vital</i>	
	20	<i>O melhor tratamento para o maior número</i>	
Tomada de decisão ética	21	<i>Influência do DRH</i>	
	22	<i>Influência da CES</i>	

3.4 – Apresentação, análise e discussão dos dados

Para proteção da identidade dos entrevistados, todos os nomes apresentados são pseudónimos. Em algumas situações, também o género foi alterado. Na análise, utilizam-se excertos demonstrativos (Anexo V).

Em termos de dados dos entrevistados, a idade varia entre os trinta e cinco e os setenta anos. O exercício de atividade enquanto especialista, verifica-se entre dezoitomeses e o de maior longevidade exerce cirurgia há trinta e nove anos. Catorze destes médicos exercem medicina pública e privada; onze trabalham somente na pública; três em Parcerias Público Privadas (PPP), dois saíram muito recentemente do setor público e exercem no privado e um último, encontra-se em exercício da atividade privada, em exclusividade, há já dez anos.

Em relação ao primeiro objetivo, avaliar se em contexto de restrição orçamental se mantêm ou não as boas práticas, nas questões quanto à visão sobre o SNS, em termos de identificação com os valores, vinte e um dos cirurgiões alega identificar-se com alguns dos valores tal como enunciados, mas não os encontram refletidos na prática. Contudo, opiniões como a de Vicente (40 anos): “Eu identifico...é pena é isso ser, na realidade, um arrolamento de palavras que demonstram muita coisa mas, infelizmente, a realidade não é essa.”, são negativamente acentuadas por observações como a de Manuel (35 anos): “O SNS é completamente disfuncional! Em termos de acessibilidades e de cooperação entre as especialidades... Dependente completamente de telefonemas e de favores pessoais...!”.

Quanto à pergunta do SNS enquanto indústria, vinte respostas são semelhantes à de João (66 anos): “comporta-se como uma indústria de uma maneira muito subtil, na medida em que os gestores aplicam demasiados cálculos e contas e se esquecem que os

hospitais não são propriamente indústrias... Eu acho que a voracidade de tornar, entre aspas, rentáveis os hospitais, tornam os hospitais pobres e... recursos!... Sacrificam elementos e aspetos e compras que são necessárias, enfim... Eu acho que os gestores se esquecem que estão a gerir hospitais e não fábricas...”, rematada por Joana (46 anos), numa descrição de um SNS como “uma máquina pesadíssima para prestar um serviço à população e que está desadequado (...) às necessidades e realidades que a população precisa” .

Apenas quatro cirurgiões confessam não ter sentido o impacto da crise, mas a grande maioria alega ter sentido, “e muito”, e ainda sentir a crise, principalmente em situações como: “hospital sem financiamento próprio”, “redução de RH e camas”, “remuneração”, “material, exames, pagamento a fornecedores”, “roupa hospitalar”, “reparações de materiais e equipamentos”. Na parte hoteleira”, “introdução de técnicas novas”, “limitações de vagas e cancelamentos de doentes”, “espírito de equipa”, “diminuição do volume operatório”, “acessibilidade dos doentes”, “falta de qualidade”, “formação”, “desmotivação”, “atenção médica” e “desinvestimento nos tratamentos”. Maria (65 anos), a um passo da reforma, sublinha de forma veemente o seu contacto com a crise: “...deixamos de ter materiais de qualidade à nossa disposição (...). Na cirurgia, temos caixas com 30 e 40 anos a uso (...). As pistolas de sutura automática são todas chinesas, muitas delas com montes de erros, que nos obrigam a tomar decisões cirúrgicas (pausa)... e até acidentes deploráveis!”.

Três quartos dos cirurgiões confirmam que as restrições orçamentais afetam as boas práticas dos cirurgiões gerais, sendo que as formas mais elencadas de afetação são terem de usar a “opção de menor custo”, a “falta de meios”, a “ausência de incentivos”, a “falta de RH”, os “adiamentos e cancelamentos de cirurgias”, a “restrição da liberdade profissional”, a “não prática do estado da arte com prejuízo para o doente”, os “cortes

salariais”, a “motivação”, os “erros decorrentes de esgotamento físico e mental”, a “ausência de material e de reparação de equipamentos”, a “má atenção e incorreção no tratamento ao doente”, o “impedimento do apoio da indústria à formação” e o “aumento da lista de espera”.

Carla (48 anos) esmorece e comenta: “teremos que optar sempre pelo mal menor ou pela opção menor, de menores custos. (...) Muitas vezes precisamos de mais meios e não os há. (...) Não tenho bloco e tempo operatório disponível para resolver essas situações catastróficas (...). Não tenho também, digamos, um incentivo económico...”. Esta cirurgiã acrescenta que “temos o dever e o moral, em termos de moral, moralidade, de fazermos escolhas acertadas, como se todo o dinheiro viesse do nosso próprio bolso...”, relativamente à responsabilidade sobre a gestão do orçamento do serviço, à imagem da maior parte dos seus colegas que sentem que “é uma responsabilidade autónoma, não é imputada por ninguém” (Maria da Luz, 52 anos).

A quase totalidade dos inquiridos sublinha que a sua eficiência depende da afetação de recursos. João reitera que “Houve redução de pessoal no banco, com esgotamentos... Dessa maneira, o dinheiro afetou indiscutivelmente os serviços prestados.”.

Dois terços destes cirurgiões admitem que os condicionalismos económicos interferem no tratamento dos doentes: “Os doentes poderiam ter sido melhor tratados se tivéssemos tido acesso a materiais melhores para o efeito...”, conclui António (61 anos), agora apenas dedicado à saúde privada. Esta opinião é partilhada por Ana (37 anos): “Existem hoje soluções tecnológicas que nos permitem aumentar a segurança dos procedimentos, e a dificuldade de acesso a essas tecnologias, traduzem-se, necessariamente, num aumento das complicações e/ou insucesso da terapêutica”.

Porém, estas opiniões são refutadas por um terço dos entrevistados, como Ângelo (59 anos), que trabalha num hospital central: “Nunca operamos ninguém com um material que eu não gostasse ou com um material que não fôsse o mais necessário ou o mais indicado para um doente”, ou, como Anabela (44 anos), que se refere aos seus doentes na primeira pessoa e constata com alguma desilusão: “fico tratada na mesma... Posso é ter mais dor, posso ter mais limitação durante mais tempo, mas a hérnia é tratada na mesma. Se calhar, a taxa de recidiva é maior, mas...”.

Por fim, saliente-se que vinte e dois dos trinta e um entrevistados já cancelaram ou adiaram cirurgias por ausência de recursos. “Já alterei o tratamento inicialmente programado, para um doente, devido á falta de recursos e também já cancelei cirurgias por falta de recursos.” (José, 39 anos).

No âmbito da avaliação da ética individual à luz do Código Deontológico, grande parte destes profissionais afirma que as restrições económicas conflituam com a *leges artis* e que os mais evidentes exemplos de conflito são: “não fazer o melhor para o doente”, “quero fazer as coisas e não me deixam”, “obrigam-nos a tratar os doentes com o que temos”, “optam pelo mais barato”, “mesmo assim, opera-se, sabendo que não é o melhor, mas...”, “decisões tomadas tarde demais”, “lista de espera enorme com impacto para a qualidade de vida do doente”, “se não dispuser dos materiais indicados, não posso ser absolutamente correto no tratamento a prestar”, “ porque nós não temos a liberdade de usar ou de fazer aquilo que achamos melhor para o doente”.

Apenas sete médicos se consideram cerceados na sua liberdade de fazerem juízos éticos ou clínicos, como Maria, que não hesita em declará-lo de forma veemente: “Claro, isso é mais que evidente!”. Porém, não é apoiada pela quase totalidade dos cirurgiões, que considera que “nenhum cirurgião pode, em circunstância alguma,

deixar-se condicionar por valores ou por fatores que condicionam o estado da arte e a boa prática. Em circunstância alguma!” (Valentim, 61 anos) ou que, como Carla, acredita que “pode influenciar, mas não vai limitar, porque se eu achar que um procedimento ou uma técnica ou algum sistema tem que ser aplicado num doente e não tenho os meios disponíveis, tenho que ir até à última para conseguir esses meios”.

Mais de metade destes especialistas jamais recorreu à objeção de consciência por causa de restrições económicas. Contudo, a outra quase metade já o fez: “sim, isso eu já me recusei a tratar doentes e tive situações em que não tratei doentes, no passado, porque acreditei que não estavam reunidas todas as condições de segurança”.

A questão da referenciação de doentes para outros hospitais por ausência de recursos contempla uma variável não contabilizada no estudo que é a referenciação por ausência de prática em determinadas patologias, que é uma constante no SNS. Tal como explica Valentim: “ Nós referenciamos doentes porque achamos que o melhor tratamento possível não está ao nosso alcance (...)...tecnicamente...”. Nos hospitais de “fim de linha” existem todas as valências e, habitualmente nestes, opera-se todo o tipo de patologias. Deste modo, os cirurgiões (7) que trabalham neste tipo de hospitais são os únicos que não recorreram ainda a transferências de doentes, seja por ausência de recursos materiais, humanos ou de formação adequada.

No âmbito da capacidade de intervenção dos cirurgiões para o bem comum, somente quatro cirurgiões admitem ter comunicado à Ordem dos Médicos (OM) infrações de regras deontológicas, apesar de uma boa parte ter sentido necessidade de o fazer ou ter apresentado queixa internamente. Os motivos de denúncia são variados: Valentim justifica ter denunciado à OM “porque os direitos dos cidadãos, enquanto doentes, estavam em causa com práticas questionáveis. Atentavam, algumas delas,

contra o estado da arte e contra os direitos dos cidadãos enquanto doentes. “ ; “Por obrigação ética. Quando somos confrontados com atividades e desempenhos que não se adequam às normas, ahmmm... Devemos, e acho que em 1º lugar inter-pares, chamar a atenção de que investiguem.” (Celeste, 57 anos); Bruno (63 anos), vai mais longe: “porque faltavam os recursos que impossibilitavam o tratamento adequado relativamente aos doentes. Fundamentalmente por isso...”.

Apenas três cirurgiões confessam nunca ter encontrado motivos para qualquer tipo de denúncia de infração. Poder-se-à ler nas entrelinhas que a maioria dos cirurgiões não apresenta queixa não porque não existam razões para o fazer, mas porque sentem limitações diversas. Aida (65 anos) não consegue avançar nesse sentido e justifica: “Por não ter coragem para isso. Porque ir contra um colega é uma coisa que realmente...hmmm (pausa)... Custa-me!”. José receia retaliações: “porque claramente a Ordem não consegue conter a informação e iria existir, claramente, repercussões negativas à minha pessoa.”. António foi impedido de fazê-lo: “falei com superiores meus que disseram para não o fazer...” e Maria desistiu: “A minha paciência basicamente acabou, portanto, não ‘tou p’ra isso!”.

Quando se comparam regras de contenção económica em hospitais públicos e privados, dezassete especialistas dizem que não são, em absoluto, iguais, e oito não sabem, pois apenas trabalham no setor público. As principais diferenças apontadas são unânimes e para Carla são: “nos hospitais privados a contenção é menor porque o cliente paga. (...).Um SNS pretende os cuidados de saúde igual para todos.”. Alice (66 anos), aprofunda: “determinado ato cirurgico cuja recuperação do doente seja muito mais rápida...o estado, hospital público, não lhe cai na alçada do seu ministério o absentismo do doente. Como não lhe cai na alçada do seu ministério o absentismo do doente, vai pelo mais económico.”. José relaciona custos com qualidade: “a diferença é

que nos públicos, muitas vezes, o preço conta como único critério, enquanto nos hospitais privados obviamente que o preço é importante – até porque o negócio que vende saúde será maior – mas ao mesmo tempo há a noção que a qualidade dos serviços prestados tem que estar garantida, sendo isso parte de uma relação comercial base que fideliza os clientes e que, ao garantir em qualidade, faz com que sejam procurados.”. Mas Bruno tem uma visão mais empresarial: “o setor privado procura essencialmente lucro pelo lucro... Desde que o material seja suficiente para...para a atividade, mesmo que não seja a melhor qualidade, mas que assegure o preço mais baixo...o setor privado é por aí que costuma fazer aquisição de materiais. Baseado no lucro.”. Apesar de tudo, André (60 anos) reconhece uma diferença que pode abalar outras opiniões: “o poder económico está muito concentrado no lado do privado e o privado pode ter outro tipo de financiamento que não tem o público. De qualquer maneira, as grandes cirurgias e as cirurgias de alta definição e as cirurgias de grande tecnologia, não são feitas na privada! Apesar desses constrangimentos é o público que responde a esse tipo de patologia. A mais complexa não é feita na privada!”.

A questão da mentira como modo de beneficiência para obtenção de recursos para os pacientes concentra vinte e uma respostas negativas. Apenas um terço dos respondentes admite tê-lo feito, de algum modo como, por exemplo, Carla: “pedir material excedentário para depois sobrar para outro doente que venha a seguir...para termos um meio disponível para o doente iniciar o tratamento”, ou José: “hiperbolizar uma descrição clínica para o conseguir mais facilmente.”, Ou Joana: “manipular um bocadinho, às vezes, as coisas...sempre em benefício do doente...”.

Todos atendem à variabilidade vital do doente, mesmo tendo em conta a importância da prática dos protocolos estabelecidos. Genericamente, os cirurgiões reconhecem a importância dos protocolos. Como referido por um destes: “os protocolos

existem para ter um fio de conduta do tratamento de um doente. No entanto, os doentes não são todos iguais e há particularidades que nos obrigam... hmmm... a não seguir o protocolo” (Campos, 65 anos).

Apelando à ética utilitarista, questionados sobre se, dadas as circunstâncias económicas decorrentes da crise, existe, ainda assim, um melhor tratamento para o maior número de utentes, vinte e três cirurgiões consideraram que sim, mas com uma permissão partilhada: “penso que a maior parte tem permitido tratar, mas... Não é a excelência” (Maria).

Confrontados com a influência que o departamento de recursos humanos ou a comissão de ética possa ter na sua tomada de decisão, a quase totalidade dos cirurgiões responde que nenhum dos dois interfere.

Para além das entrevistas analisadas, os diários de campo, transcritos e exemplificados no anexo VI, demonstram a preocupação que os cirurgiões gerais revelam quer pela contenção de custos quer com a necessidade de estarem actualizados com as práticas consideradas o ‘estado da arte’. Este, conjuntamente com a inovação tecnológica, são sentidos como benéficos para os doentes, transmitindo uma relação custo-benefício positiva, quando contabilizados todos os custos indirectos.

3.5 - Conclusões

Esta investigação pretendeu aferir se os cirurgiões gerais portugueses, conduzidos por um código deontológico que se apresenta como pilar da sua prática, mantêm as suas boas práticas perante as restrições económicas a que estão sujeitos.

À primeira sub-questão “de que modo estas restrições interferem na eficiência das escolhas dos cirurgiões?”, os entrevistados explicam que a crise continua a sentir-se

essencialmente na premente falta de recursos humanos, na falta de acesso a materiais de inovação tecnológica, com que melhor executam a sua atividade, na formação e na remuneração dos cirurgiões, o que conduz ao cansaço e à desmotivação. De diversos modos, as suas boas práticas são afetadas pelas limitações económicas, dado que a eficiência depende dos recursos que encontram ao seu dispôr e estes interferem no bom tratamento dos doentes - tendo que recorrer frequentemente ao cancelamento e/ou adiamento de cirurgias por ausência dos mesmos. Nas novas tecnologias, mantém-se acesa a discussão entre cirurgiões e cirurgiões-gestores sobre a relação custo-benefício para aquisição destas. Estes médicos exprimem uma responsabilidade intrínseca na gestão do orçamento, mesmo não lhes sendo esta profissionalmente imputada. Tal é expresso pela preocupação com os preços na aquisição de tecnologias inovadoras que lhes permitem um melhor tempo cirúrgico e uma mais rápida e melhor recuperação do paciente.

Apesar do conflito entre a atual economia e a *leges artis*, a ética individual é mantida e os profissionais não cedem na liberdade de exercício dos seus juízos clínicos e éticos.

À segunda questão “os cirurgiões gerais apelam ao seu direito de objeção de consciência quando estas restrições geram conflito com a sua consciência?”, apreeende-se uma certa ambivalência na atitude destes profissionais: cerca de 50% apela ao seu direito de objeção de consciência de forma direta enquanto a outra metade recusa operar doentes sem as condições adequadas, referenciando-os para hospitais de referência do SNS - ditos de “fim de linha” que estão apetrechados de *hardware* e de *skills* para a cirurgia mais complexa - o que pode ser traduzido por uma objeção de consciência indireta, não declarada.

À terceira pergunta de investigação, “o cirurgião comunica à Ordem situações irregulares provocadas por estes condicionalismos que denunciem improbidade, conduzam a atitudes incompetentes ou a infrações das regras deontológicas por terceiros?”, os cirurgiões respondem que a Ordem dos Médicos não é vista como o organismo fulcral para comunicação de infrações, que podem resolver-se internamente. Saliente-se a percepção da dificuldade do processo em si e o receio de retaliações pós denúncia. O custo psicológico assumido de denunciar um colega é demasiado elevado, pelo que é invulgar tratarem-se estes casos fora das portas do serviço ou do hospital.

A quarta interrogação, que procura perceber se existem diferenças destas regras de contenção entre as instituições públicas e as privadas, é respondida pelos cirurgiões de forma unânime: hospitais públicos e privados têm ambas regras de contenção, mas diferentes, e apesar de um visar tratar todos e o outro visar lucro através da qualidade e/ou através do preço, as cirurgias tecnicamente exigentes são ainda realizadas nos hospitais públicos. Há um consenso nesta questão que atribui ao SNS a responsabilidade de tratar todos os doentes com equidade, minimizando o desperdício, mas sem procurar o lucro.

Por último, pretendeu-se explorar se o Departamento de Recursos Humanos (DRH) ou o Comité de Ética influenciam na tomada de decisão e também aqui houve unanimidade: nem os DRH nem as CES interferem na tomada de decisão ética destes médicos.

Os cirurgiões gerais portugueses apresentam uma preocupação pela economia da saúde e pelas consequências nos seus doentes, concluindo que o *ótimo* que outrora o SNS providenciava, traduz-se atualmente no *bom* tratamento para os doentes. Este é visto mais como um organismo de gestão do que propriamente como um serviço de

saúde de apoio à população. Há uma identificação com os valores, mas uma realidade percebida que não coincide com estes.

Os cirurgiões não mentem, mas tentam subliminarmente conseguir sempre os recursos necessários para tratar melhor os seus doentes. A variabilidade vital de cada um é prioritária relativamente aos protocolos, apesar de ser bem reconhecida a importância destes enquanto *guidelines* para as melhores práticas. Independentemente dos fatores económicos, reconhece-se que todos os doentes ficam tratados, embora não com a excelência desejada. Admitindo estas limitações, os cirurgiões mantêm e praticam o código deontológico da medicina, aplicando uma ética Kantiana ao tratar os seus doentes não como um meio, mas como um fim em si mesmos.

Conclui-se, assim, que os cirurgiões sentem a necessidade de, apesar das pressões sentidas, manterem os princípios éticos e deontológicos de uma profissão, regras de orientação justas para quem um dia optou por prestar serviço à humanidade, salvando vidas... por vezes, a elevado custo.

3.6 - Limitações e Investigação Futura

Este estudo relaciona os comportamentos éticos dos cirurgiões gerais com as restrições económicas a que foram sujeitos, tornando-se premente aprofundar a investigação nalgumas questões. É necessário, por exemplo, analisar algumas variáveis individuais como o género, a faixa etária e a categoria profissional do cirurgião, que podem ter uma implicação direta no tipo de resposta e no comportamento.

Importa também proceder a uma descrição e avaliação profunda do que é cada entidade de saúde pública (os seus estatutos e o nível de investimento atribuído a cada tipo de hospital pela Administração Central do Sistema de Saúde) e de perceber as suas

diferenças das entidades de saúde privada, uma vez que os dois sistemas apresentam características próprias e os cirurgiões podem ser afetados nos seus comportamentos éticos por estas.

A investigação poderá estender-se a todas as restantes especialidades médicas, de modo a comparar-se os comportamentos éticos na sua diversidade e as suas implicações no tratamento dos pacientes.

Revela-se igualmente fundamental entender a posição da Ordem dos Médicos, de uma Direção de Recursos Humanos e de um Comité de Ética de um hospital central (público) bem como de um hospital privado.

Assim, sugere-se para investigação futura, a aplicação de um inquérito por questionário a uma amostra representativa de todos os cirurgiões gerais, o qual poderia ser realizado através do Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, de modo a realizar análise estatística através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Uma investigação alargada como esta poderá confirmar ou rejeitar as conclusões obtidas.

Este estudo poderá ainda estender-se a todas as restantes especialidades médicas, de modo a comparar-se os comportamentos éticos nas várias especialidades e as suas implicações no tratamento dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, F. (2010). *Ética, Valores Humanos e Responsabilidade Social das Empresas*. Cascais: Princípia Editora.

Aristóteles (2015). *Ética a Nicómaco*. Lisboa: Quetzal Editores.

Arnold, D.; Harris, J. (2012). *Kantian Business Ethics – Critical Perspectives*. Cheltenham: Edward Edgar Publishing.

- Arnsperger, C.; Van Parijs, P. (2004). *Ética Económica e Social*. Porto: Edições Afrontamento.
- Barba, M. (2012). La ética y la crisis de la salud en México. *Revista Cubana de Salud Pública* vol. 38 (3), pp. 463-470.
- Brall, C., Schroeder-Back, P., Brand, H. (2016). The Economic Crisis And its Ethical Relevance For Public Health in Europe – an Analysis in the Perspective of the Capability Approach. *Central European Journal of Public Health* vol.24 (1), pp.3-8.
- Brazier, J.E., Johnson, A.G. (2001). Economics of Surgery. *The Lancet* vol.358, p.p.1077-81.
- Czarkowski, M., Kaczmarczyk, K., Szymanska (2015). Hospital Ethics Committees in Poland. *Springer* vol.21, pp.1525-1535.
- DeCamp, M., Pomerantz, D., Cotts, K., Dzeng, E., Farber, N., Lehmann, L., Reynolds, P., Sulmasy, L., Tilburt, J. (2017). Ethical Issues in the Design and Implementation of Population Health Programs. *J Gen Intern Med*.
- Escobar, C., Camarena, J., González, L., Muñoz, S. (2010). Formación en Ética y Profesionalismo para las Nuevas Generaciones de Médicos. *Pers.Bioét* vol.14 (1), pp.30-39.
- Feen, Eli S. (2012). Doctors Are People Too. *The American Journal of Bioethics* vol 12 (3), pp.19-21.
- Fleck, L. (2014). Just Caring: Assessing the Ethical and Economic Costs of Personalized Medicine. *Elsevier* vol.32, pp. 202-206.
- Freeman, R., Harrison, J., Wicks, A., Parmar, B., Colle, S. (2010). Stakeholder Theory – The State of the Art. New York: Cambridge University Press.
- Goldberg, T., Patz, J. (2015). The Need for a Global Health Ethic. *The Lancet* vol 386, pp.37-39.
- Greenwood, M. (2002). Ethics and HRM: A review and Conceptual Analysis. *Journal of Business Ethics* vol.36, pp.261-278.
- Jennings, M.(2006). *Seven Signs of Ethical Collapse*. New York: St.Martin's Press.
- Kodolitsch, Y., Sachweh, A., Conradi, L., Bernhardt, A., Debus, E., Blankenberg, S. (2017). Medical Strategy between Economy and Ethics. *Springer* vol. 11, pp. 346-354.
- Kotsis, S., Chung, K. (2010). Fundamental Principles of Conducting a Surgery Economic Analysis Study. *Plastic Reconstruction Surgery Journal* vol.125 (2).
- Fleck, L. (2014). Just Caring: Assessing the Ethical and Economic Costs of Personalized Medicine. *Elsevier* vol.32, pp. 202-206.
- Manuila, L.; Manuila, A.; Lewalle, P.; Nicoulin, M. (2000), *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Mercier, S. (2003). *A Ética nas Empresas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Noe, R.A. (2013). *Employee Training and Development*. New York: McGraw-Hill Education.
- Nogueira, F. (2016). Aspetos Éticos da Inovação em Saúde em Portugal. *Bioét* vol. 24 (1), pp.83-90.
- Nunes, S., Rego, G., Nunes, R. (2013). Awareness of Costs and Individual Accountability in Health Care. *Sage* vol.20(6), pp.645-659.
- Pardo, A. (2011). La ética en la medicina. *Pers.Bioét* vol. 15 (2), pp.166-183.
- Pinnington, A., Macklin, R., Campbell, T. (2007). *Human Resource Management – Ethics and Employment*. New York: Oxford University Press.
- Perdigão, A. (2003). A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: Os pressupostos filosóficos. *Análise Psicológica* vol.4 (11), pp. 485-497.
- Rawls, J. (2013). *Uma Teoria da Justiça*. Lisboa: Editorial Presença.
- Riggs, K., DeCamp, M. (2014). Physician’s Dual Agency, Stewardship and Marginally Beneficial Care. *American Journal of Bioethics* vol.14(9), pp.49-51.
- Sakellarides, C., CasteloBranco, L., Barbosa, P., Azevedo, H.(2014). *The Impact of the Financial Crisis on the Health System and Health in Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Santos, J.M. (2012). *Introdução à Ética*. Lisboa: Sistema Solar.
- Torrington, D.; Hall, L.; Taylor, S.; Atkinson, C (2009). *Fundamentals of Human Resource Management- Managing People at Work*. Harlow: Pearson Education.
- Treviño, L. K.; Nelson, A. K.(2011), *Managing Business Ethics – Straight Talk About How to Do it Right*. Hoboken: Wiley.
- Villanueva-Egan, L., Lezana-Fernandez, M. (2014). La importancia de la economía en las decisiones clínicas. Parte 1. *Revista Conamed* vol.19 (3), pp.128-131.
- Villanueva-Egan, L., Lezana-Fernandez, M. (2014). La importancia de la economía en las decisiones clínicas. Parte 1. *Revista Conamed* vol.19 (4), pp.178-182.
- Wall, A., Angelos, P., Brown, D., Kodner, I., Keune, J. (2013). Ethics in Surgery. *Elsevier* vol.50, pp.99-134.
- Wall, A.E. (2014) . Ethics in Global Surgery. *World Journal of Surgery* Vol.38, pp.1574-1580.
- Wasserman, D., Wertheimer, A. (2014). In Defense of Bunkering. *American Journal of Bioethics* vol. 14 (9), pp.42-43.

WEBGRAFIA

- Associação Portuguesa de Bioética (2017). Disponível em <http://www.apbioetica.org/gca/index.php?id=147&idbloco=155> (acesso em 10.11.2017).
- Diário da República (2016). *Regulamento n.º707/2016*. Disponível em https://dre.pt/home/-/dre/75007439/details/maximized?p_auth=x9ZxiBJH&serie=II&parte_filter=33&dreId=75007382 (acesso em 12.02.2018).
- Hospital de São João – Comissão de Ética (2017). Disponível em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/62> (acesso em 12.02.2018).
- Juramento de Hipócrates (1983). Disponível em: http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Juramento_de_Hip%C3%B3crates.pdf (acesso em 10.11.2017).
- Lei de Bases da Saúde (1990). Disponível em https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/574127/details/normal?p_auth=zt2dAYbd (acesso em 10.11.2017).
- Machado MCS. Ética da decisão em saúde e terapêuticas inovadoras (2012). Disponível em <http://bit.ly/1RJq8Hc> (acesso em 01.04.2018).
- OEDC (2017). *Health Statistics 2017* (OECD.stat). Disponível em http://stats.oecd.org/index.aspx?r=59781&erroCode=403&lastaction=login_submit (acesso em 18.02.2018).
- Plano Nacional de Saúde – DGS (2017). Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf> (acesso em 11.11.2017).
- Retrato da Saúde em Portugal – Serviço Nacional de Saúde. Disponível em www.sns.gov.pt (acessos em 17.11.2017, 27.12.2017 e 14.04.2018).
- Reunião Nacional de Comissões de Ética. Disponível em http://www.luzsaude.pt/media/2793589/1131_pt_p.pdf (acesso em 17.11.2017).
- Serviço Nacional de Saúde (2016) <https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar> (acesso em 12.02.2018).
- World Medical Association (2018). Disponível em <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/> (acesso em 13.01.2018).

ANEXO I

Código Deontológico da Ordem dos Médicos (com as alterações introduzidas pelos Decretos Lei n.º 326/87, de 01 de Setembro e n.º 217/94, de 20 de Agosto)

<p>Artigo 1.º <i>(Deontologia Médica)</i></p>	<p>A Deontologia Médica é o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional, traduzindo assim a evolução do pensamento médico ao longo da história e tem a sua primeira formulação no código hipocrático.</p>
<p>Artigo 3.º <i>(Independência dos médicos)</i></p>	<p>1. O médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos. 2. Em caso algum o médico pode ser subordinado à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica no exercício das funções clínicas. 3. O disposto no número anterior não contraria a existência de hierarquias técnicas institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, não podendo, contudo, em nenhum caso, um médico ser constringido a praticar actos médicos contra sua vontade, sem prejuízo do disposto no artigo 7.º e 41.º, número 1.</p>
<p>Artigo 4.º <i>(Competência exclusiva da Ordem dos Médicos)</i></p>	<p>1. O reconhecimento da responsabilidade dos médicos emergentes de infracções à Deontologia Médica é uma competência disciplinar exclusiva da Ordem. 2. Quando as violações à Deontologia Médica se verificarem em relação a médicos que exerçam a sua profissão vinculados a entidades públicas, cooperativas sociais ou privadas devem estas entidades limitar-se a comunicar à Ordem as presumíveis infracções.</p>
<p>CAPÍTULO II DEVERES DOS MÉDICOS</p>	
<p>Artigo 5.º <i>(Princípio geral)</i></p>	<p>O médico deve exercer a sua profissão com o maior respeito pelo direito à protecção da saúde das pessoas e da comunidade. 2. O médico não deve considerar o exercício da Medicina como uma actividade orientada para fins lucrativos, sem prejuízo do seu direito a uma justa remuneração. 3. São condenáveis todas as práticas não justificadas pelo interesse do doente ou que pressuponham ou criem falsas necessidades de consumo.</p>
<p>Artigo 9.º <i>(Actualização e preparação científica)</i></p>	<p>O médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica, sendo dever ético fundamental o exercício profissional diligente e tecnicamente adequado às regras da arte médica (leges artis).</p>
<p>CAPÍTULO I QUALIDADE DOS CUIDADOS MÉDICOS</p>	
<p>Artigo 31.º <i>(Princípio geral)</i></p>	<p>O médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obrigase à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo sempre com correcção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, conservar a vida e a sua qualidade, suavizar os sofrimentos, nomeadamente nos doentes sem esperança de cura ou em fase terminal, no pleno respeito pela dignidade do ser humano.</p>
<p>Artigo 32.º <i>(Isenção e liberdade profissionais)</i></p>	<p>1. O médico só deve tomar decisões ditadas pela ciência e pela sua consciência. 2. O médico tem liberdade de escolha de meios de diagnóstico e terapêutica, devendo, porém, abster-se de prescrever desnecessariamente exames ou tratamentos onerosos ou de realizar actos médicos supérfluos.</p>
<p>Artigo 33.º <i>(Condições de exercício)</i></p>	<p>1. O médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção, não aceitando situações de interferência externa que lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de actuar em conformidade com as leges artis. 2. O médico tem o dever de comunicar à Ordem todas as tentativas de condicionar a liberdade do seu exercício ou de imposição de condições que prejudiquem os doentes.</p>
<p>Artigo 35.º <i>(Tratamentos vedados ou condicionados)</i></p>	<p>1. O médico deve abster-se de quaisquer actos que não estejam de acordo com as leges artis. 2. Exceptuam-se os actos não reconhecidos pelas leges artis, mas sobre os quais se disponha de dados promissores, em situações em que não haja alternativa, desde que com consentimento do doente ou do seu representante legal, no caso daquele o não poder fazer, e ainda os actos que se integram em protocolos de investigação, cumpridas as regras que condicionam a experimentação em e com pessoas humanas.</p>
	<p>1. O médico tem o direito de recusar a prática de acto da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência, ofendendo os seus princípios éticos, morais, religiosos, filosóficos ou humanitários.</p>

<p>Artigo 37.º <i>(Objecção de consciência)</i></p>	<p>2. O exercício da objecção de consciência deverá ser comunicado à Ordem, em documento registado, sem prejuízo de dever ser imediatamente comunicada ao doente ou a quem no seu lugar prestar o consentimento.</p> <p>3. A objecção de consciência não pode ser invocada em situação urgente e que implique perigo de vida ou grave dano para a saúde e se não houver outro médico disponível a quem o doente possa recorrer, nos termos do número 1 do artigo 41.º .</p>
<p>Artigo 38º <i>(Objecção técnica)</i></p>	<p>A recusa de subordinação a ordens técnicas oriundas de hierarquias institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, ou a normas de orientação adoptadas institucionalmente, só pode ser usada quando o médico se sentir constrangido a praticar ou deixar de praticar actos médicos, contra a sua opinião técnica, devendo, nesse caso, justificar-se de forma clara e por escrito.</p>
<p>Artigo 43.º <i>(Referenciação)</i></p>	<p>1. O médico, ao referenciar o doente ou ao ajudá-lo na escolha de outro médico, nomeadamente especialista, deve guiar-se apenas pelo seu conhecimento profissional e pelo interesse daquele.</p> <p>2. Nos termos do número anterior, o médico pode livremente recomendar ao doente quaisquer estabelecimentos ou entidades prestadoras de cuidados de Saúde, seja qual for a sua natureza e independentemente do sector ou organização em que funcionalmente aqueles se integrem, sem prejuízo do disposto no artigo 24.º.</p>
<p>Artigo 80.º <i>(Garantias éticas)</i></p>	<p>Qualquer investigação de diagnóstico ou de terapêutica, médica ou cirúrgica, deve revestir-se de garantias éticas, apoiadas nas comissões de ética das instituições de saúde onde se realiza a investigação, e apreciadas, sempre que tal se justifique, pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem, como instância de recurso.</p>
<p>Artigo 108.º <i>(Intervenções cirúrgicas e em equipa)</i></p>	<p>1. O cirurgião tem o direito a escolher os ajudantes e o anestesista.</p> <p>2. Nas intervenções cirúrgicas e em equipa, cada um dos médicos intervenientes deve procurar uma relação médico-doente personalizada e humana e cuidar de não ser apenas um mero executante de um acto técnico.</p> <p>3. Um médico pode recusar trabalhar numa equipa se, fundamentadamente, não tem confiança nas capacidades de outro elemento dessa equipa, ou se alguém dentro dela não mantém a necessária comunicação e cordialidade de relações.</p> <p>4. A presença do médico assistente numa intervenção cirúrgica, quando solicitada pelo doente ou pelos seus representantes, dá direito a honorários próprios que podem ser apresentados por nota colectiva e discriminada do cirurgião ou, de preferência, por nota autónoma.</p> <p>5. Na prestação de serviços médicos por equipa médica ou multiprofissional, os honorários podem ser reclamados por cada um dos intervenientes ou por nota colectiva e discriminada.</p>
<p>Artigo 110.º <i>(Princípio geral)</i></p>	<p>1. Seja qual for o seu estatuto profissional, o médico deve, com pleno respeito pelos preceitos deontológicos, colaborar e apoiar as entidades prestadoras de cuidados de saúde, oficiais ou não.</p> <p>2. Pode porém cessar a sua acção em caso de grave violação dos direitos, liberdades e garantias individuais das pessoas que lhe estão confiadas, ou em caso de grave violação da dignidade, liberdade e independência da sua acção profissional.</p> <p>3. Pode também recusar-se a prestar essa colaboração usando o direito à objecção de consciência.</p>
<p>Artigo 111.º <i>(Responsabilidade)</i></p>	<p>1. O médico deve ter em consideração as suas responsabilidades sociais no exercício do seu direito à independência na orientação dos cuidados e na escolha da terapêutica, assumindo uma atitude responsável perante os custos globais da saúde.</p> <p>2. O médico deve prestar os melhores cuidados possíveis no condicionalismo financeiro existente, mas não pode, em função deste, realizar ou prescrever o que considere deletério para o doente.</p> <p>3. Em caso algum pode o médico prescrever terapêuticas ou solicitar exames complementares de diagnóstico que não visem o interesse directo do doente a seu cargo.</p> <p>4. É indevida qualquer forma de prescrição que vise o interesse financeiro do próprio médico ou de terceiros.</p> <p>5. O médico tem obrigação de conhecer os custos das terapêuticas que prescreve, devendo optar pelos menos onerosos, desde que esta atitude não prejudique os interesses do doente.</p>
<p>Artigo 116.º <i>(Dever de prevenir a Ordem)</i></p>	<p>É dever imperioso do médico comunicar à Ordem, de forma rigorosa, objectiva e confidencial, as atitudes fraudulentas ou de incompetência no exercício da Medicina de que tenha conhecimento, aceitando depor nos processos que, em consequência, venham a ser instaurados.</p>
	<p>1. A solidariedade entre médicos constitui dever fundamental do médico e deve ser exercida</p>

<p>Artigo 128.º <i>(Solidariedade entre médicos)</i></p>	<p>com respeito mútuo e, bem assim, tendo em atenção os interesses dos doentes. 2. O médico não deve fazer declarações desprimorosas ou falsas sobre a competência de um colega, as possibilidades dos tratamentos por estes prescritos, os seus comportamentos ou outras características, e por essa forma tentar afectar a livre escolha do médico pelo doente ou a escolha de um empregador. 3. O médico não deve fazer afirmações ou declarações públicas contra colegas. 4. Não constitui falta ao dever de solidariedade, mas sim um dever ético, o facto de um médico comunicar à Ordem, de forma objectiva e com a devida discrição, as infracções dos seus colegas contra as regras da técnica e éticas médicas.</p>
<p>Artigo 142.º <i>(Liberdade de escolha dos meios de diagnóstico e tratamento)</i></p>	<p>1. A liberdade de escolha pelo médico dos meios de diagnóstico e tratamento não pode ser limitada por disposição estatutária, contratual ou regulamentar, ou por imposição da entidade de prestação de cuidados médicos. 2. O disposto no número anterior não impede o controlo médico hierarquizado do acto médico, o qual deve realizar-se sempre no interesse do doente. 3. O disposto anteriormente não obsta à existência de orientações, normas e protocolos respeitantes à utilização de meios complementares de diagnóstico e tratamento, desde de que aprovados por uma Direcção Clínica, após ampla discussão e consenso com os médicos abrangidos.</p>
<p>Artigo 152.º <i>(Encobrimento do exercício ilegal da Medicina)</i></p>	<p>1. O médico não pode encobrir, ainda que indirectamente, qualquer forma de exercício ilegal da Medicina. 2. No quadro das relações profissionais com os seus colaboradores não-médicos, deve o médico abster-se de iniciativas que possam levar estes a exercerem ilegalmente a Medicina. (...) Lisboa, 26 de Setembro de 2008 Pedro Manuel Mendes Henriques Nunes Presidente da Ordem dos Médicos</p>

ANEXO II

Objetivos	Questões
<p>1-Em contexto de restrição orçamental, mantêm-se ou não as boas práticas.</p>	<p>1-Sentiu ou sente o impacto da crise económica no hospital em que trabalha? 2-Em que situações verificou/verifica esse impacto? 3-Considera que os condicionalismos económicos verificáveis podem afetar as boas práticas dos cirurgiões? De que modo o/a afeta ou afetou? 4-Sente alguma responsabilidade na gestão do orçamento do seu serviço, no que concerne a despesas inerentes ao tratamento dos seus doentes, tais como: prescrições de medicamentos, marcação de consultas, escolha de materiais cirúrgicos ou escolha da técnica cirúrgica? Pode desenvolver...? 5-Considera que a eficácia e/ou a eficiência da sua atividade podem depender da afetação monetária que lhe permitam gastar em materiais/técnicas cirúrgicas? Escolhe-os em função dessa liberdade/limitação? 6-Considera que essa escolha interfere no bom tratamento dos seus doentes (e.g. materiais implantáveis...)? 7-Já prescreveu, realizou ou cancelou alguma cirurgia que não fosse a mais indicada para o doente, por ausência de recursos materiais?</p>
<p>2- Avaliação da ética individual à luz do Código Deontológico.</p>	<p>1-Considera que as restrições económicas conflituam com o princípio de isenção e liberdade profissional na sua atividade? Em que medida? 2-Considera que este condicionalismo lhe cerceia a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com as <i>leges artis</i>? 3-Em alguma circunstância, motivada por uma imposição de contenção de custos que conflituasse com a sua consciência, sentiu que deveria exercer o seu direito de objetor de consciência? Porquê? E se tivesse tido algum “dano” profissional com essa atitude, tê-la-ia mantido? 4-Já sentiu necessidade de referenciar algum doente porque o seu hospital não lhe garantia o melhor tratamento possível? Se sim, para onde referenciou e por que motivo escolheu essa unidade</p>

	hospitalar?
3-Capacidade de Intervenção para o Bem Comum.	1-Já sentiu necessidade de comunicar à Ordem alguma improbidade, incompetência ou infração de regras deontológicas por algum colega? Porque o fez/não fez.
4-De que modo o contexto influencia ou não a ética individual.	1-Considera as regras de contenção económica nos consumos de materiais iguais nos hospitais públicos e nos privados? Como vê essa igualdade/diferença de comportamento? 2-Já considerou mentir por um doente (beneficência), para conseguir algum recurso material que lhe tivesse sido negado? 3-Contempla seguir sempre procedimentos “eficientemente” normalizados, enquanto protocolos, ou a variabilidade vital de cada paciente (“o melhor interesse do próprio doente”) fá-lo olhar criticamente para os mesmos, quando tal implica gastos acima da “eficiência” institucionalizada? 4-Considera que as atuais condições restritivas lhe permitem tratar da melhor forma a maior parte dos seus pacientes? Em caso negativo, como ultrapassa esta dificuldade?
5-Influência do DRH e/ou do Comité de Ética na tomada de decisão.	1-O Departamento de Recursos Humanos influencia as suas tomadas de decisão relativamente às suas prescrições? 2-E o Comité de Ética?

ANEXO III

DADOS DA OCDE	
Dos 35 países listados na base de dados da OCDE da percentagem do PIB destinado à saúde, Portugal ocupa em execução com a Itália o 17º lugar, com 8,9%. Contudo, entre o ano 2000 e 2016, à exceção da Islândia, que reduziu a sua percentagem em 0,4%, a maior parte destes incrementou o valor atribuído à saúde entre 1 e quase 4 pontos percentuais, enquanto Portugal não passou dos 0,5%.	As economias não pertencentes à OCDE apresentam uma média de 42,6% e 17,7%, respetivamente. Portugal enquadra-se nesta moldura, sendo que em termos percentuais semelhantes, encontram-se países como a Coreia e a Letónia, tornando-se os três países da OCDE com pior opinião relativamente à saúde praticada no seu país. (anexo).
No que concerne à opinião pública (homens e mulheres acima dos 15 anos), nos últimos dados (que reportam a 2015), a população portuguesa apresenta uma opinião muito favorável em relação à saúde, a ver: - 46,4% Da população classifica a saúde como boa ou muito boa; 35,6% como regular e 18% como má ou muito má. No extremo da opinião favorável estão a Nova Zelândia (88,9%) e os EUA (88,1%) , países que, pela negativa, encontram-se com os valores mais baixos entre os 2,4% e os 2,7%.	No que concerne ao poder de compra para a saúde, tendo como unidade de medida o dólar americano e os EUA, por cada dólar gasto em saúde, Portugal é o terceiro país europeu com menos capacidade de compra para a saúde (0,459/1 dólar) e para os hospitais (0,27/1 dólar). (Comentários de Elaboração Própria)

Function	Current expenditure on health (all functions)	Function	Current expenditure on health (all functions)		
Financing scheme	All financing schemes	Financing scheme	All financing schemes		
Provider	All providers	Provider	All providers		
Measure	Share of gross domestic product	Measure	Share of gross domestic product		
Year	2000	2016	Year	2000	2016

Country					Country						
Australia	i	(D)	7,6	(DE)	9,6	Korea	i		4	(P)	7,7
Austria	i		9,2	(E)	10,4	Latvia	i	(E)	5,4	(E)	5,7
Belgium	i		7,9	(E)	10,4	Luxembourg	i	(B)	5,9	(P)	6,3
Canada	i		8,3	(P)	10,6	Mexico	i		4,9	(E)	5,8
Chile	i		7	(P)	8,5	Netherlands	i		7,1	(P)	10,5
Czech Republic	i	(B)	5,7	(E)	7,3	New Zealand	i		7,5	(E)	9,2
Denmark	i		8,1	(E)	10,4	Norway	i		7,7	(P)	10,5
Estonia	i		5,2	(P)	6,7	Poland	i		5,3	(P)	6,4
Finland	i	(B)	6,8	(P)	9,3	Portugal	i	(B)	8,4	(P)	8,9
France	i		9,5	(E)	11	Slovak Republic	i		5,3	(E)	6,9
Germany	i		9,8	(P)	11,3	Slovenia	i	(E)	7,8	(P)	8,6
Greece	i		7,2	(E)	8,3	Spain	i		6,8	(E)	9
Hungary	i		6,8	(P)	7,6	Sweden	i		7,4	(P)	11
Iceland	i		9	(DP)	8,6	Switzerland	i		9,3	(P)	12,4
Ireland	i		5,9	(E)	7,8	Turkey	i		4,6	(E)	4,3
Israel	i		6,8	(DE)	7,4	United Kingdom	i		6	(E)	9,7
Italy	i		7,6	(P)	8,9	United States	i		12,5	(E)	17,2
Japan	i		7,2	(E)	10,9						

DATASET - HEALTH STATUS - Portugal

		2015
Perceived Health Status	good, very good healt-female	41,8
	fair-not good,not bad health-f	37,1
	bad/very bad health -f	21
	good, very good healt-male	51,5
	fair-not good,not bad health-male	33,9
	bad/very bad health -male	14,6
	good/very good healt - total	46,4
	fair-not good,not bad health-total	35,6
	bad/very bad health -total	18

ANEXO IV

"Juro por Apolo Médico, por Esculápio, por Higéia, por Panacéia e por todos os deuses e deusas, tomando-os como testemunhas, obedecer, de acordo com meus conhecimentos e meu critério, este juramento: Considerar meu mestre nesta arte igual aos meus pais, fazê-lo participar dos meios de subsistência que dispuser, e, quando necessitado com ele dividir os meus recursos; considerar

seus descendentes iguais aos meus irmãos; ensinar-lhes esta arte se desejarem aprender, sem honorários nem contratos; transmitir preceitos, instruções orais e todos outros ensinamentos aos meus filhos, aos filhos do meu mestre e aos discípulos que se comprometerem e jurarem obedecer a Lei dos Médicos, porém, a mais ninguém. Aplicar os tratamentos para ajudar os doentes conforme minha habilidade e minha capacidade, e jamais usá-los para causar dano ou malefício. Não dar veneno a ninguém, embora solicitado a assim fazer, nem aconselhar tal procedimento. Da mesma maneira não aplicar pessário em mulher para provocar aborto. Em pureza e santidade guardar minha vida e minha arte. Não usar da faca nos doentes com cálculos, mas ceder o lugar aos nisso habilitados. Nas casas em que ingressar apenas socorrer o doente, resguardando-me de fazer qualquer mal intencional, especialmente ato sexual com mulher ou homem, escravo ou livre. Não relatar o que no exercício do meu mister ou fora dele no convívio social eu veja ou ouça e que não deva ser divulgado, mas considerar tais coisas como segredos sagrados. Então, se eu mantiver este juramento e não o quebrar, possa desfrutar honrarias na minha vida e na minha arte, entre todos os homens e por todo o tempo; porém, se transigir e cair em perjúrio,aconteça-e o contrário.

HIPOCRATIS OPERA VERA ET ADSCRIPTA Tomus Quartos pág : 197-198-199, Lausanne MDCCLXXI

ANEXO V–EXCERTOS DEMONSTRATIVOS

Objetivos	Excertos Demonstrativos
<p>1-Em contexto de restrição orçamental, mantêm-se ou não as boas práticas.</p>	<p>“Afetam as boas práticas dos cirurgiões, sem dúvida! (...) Grande parte da eficácia daquilo que fazemos depende da capacidade financeira que o hospital tem para resolver os constrangimentos das cirurgias mais complexas... (...) Eu sinto essa menor eficiência pelo facto de os constrangimentos orçamentais dos hospitais limitarem essa disponibilidade.” – Maria da Luz, 52 anos</p> <p>“...muitas vezes, precisamos de mais meios e não os há...teremos que optar sempre pelo mal menor ou pela opção menor, de menores custos...não tenho bloco e tempo operatório disponível para resolver essas situações catastróficas...não tenho também, digamos, um incentivo económico...” – Carla, 48 anos.</p> <p>“...a falta de pessoal e recursos para manter o bloco operatório a funcionar de forma adequada compromete a atempada cirurgia a doentes urgentes... (...) Existem hoje soluções tecnológicas que nos permitem aumentar a segurança dos procedimentos, e a dificuldade de acesso a essas tecnologias traduzem-se, necessariamente, num aumento das complicações e/ou insucesso da terapêutica.” - Ana, 37 anos.</p> <p>“Montes de doentes que estamos a operar quando podiam ser operados por laparoscopia, com muito melhores resultados...” – Maria, 65 anos.</p> <p>“...não exercer a medicina vanguardista e aquilo que é feito na Europa ou no mundo, o state of the Art prejudica, e muito, os nossos doentes...” – Manuel, 35 anos.</p> <p>“... Sim. Os doentes poderiam ter sido melhor tratados se tivéssemos tido acesso a materiais melhores para o efeito... (...).Não termos à nossa disposição recursos que seriam desejáveis para cumprir bem a nossa função.” – António, 61 anos.</p> <p>“...perde-se mais tempo, gasta-se.e isso, nós sabemos que quanto mais tempo se gasta numa cirurgia, os risco de haver complicações são maiores...” – Azevedo 64 anos.</p> <p>“Nós se não conseguimos caçar com cão, conseguimos caçar com gato...” – Anabela, 44 anos...</p> <p>“Já alterei o tratamento inicialmente programado, para um doente, devido á falta de recursos e também já cancelei cirurgias por falta de recursos.”- José, 39 anos.</p>
<p>2- Avaliação da ética individual à luz do Código Deontológico.</p>	<p>“Nós não podemos estar condicionados do ponto de vista do estado da arte e da melhor prática por outro tipo de condicionalismos. Muito menos em serviço público! (...).Nenhum cirurgião pode em circunstância alguma, deixar-se condicionar por valores ou por fatores que condicionam o estado da arte e a boa prática. Em circunstância alguma! (...). Nós referenciamos doentes porque achamos que o melhor tratamento possível não está ao nosso alcance (pausa)... tecnicamente...”- Valemtim, 61 anos.</p>

	<p>“Eu sinto-me livre nas decisões que tomo, sinto que são tomadas de forma isenta, mas...hummm nem sempre no timing que eu acho ajustado para o que seria ideal.” – Maria da Luz, 52 anos.</p> <p>“Conflituam, na medida em que não conseguimos fazer aquilo que achamos que seria o melhor, não sendo o mais caro, seria o melhor para o doente...” – Alice, 66 anos.</p> <p>“...o facto é que eu tenho os doentes, não os consigo operar (...). Quero fazer as coisas e não me deixam (...)... Posso não estar a fazer o gold standard, posso não estar a fazer a técnica que eu acho ideal para aquela situação clínica, mas não deixo de tratar o doente” – Anabela, 44 anos.</p> <p>“... o fato de não podermos dispor de uma prótese, por exemplo, uma prótese adequada ao doente, pode fazer com que ele fique mal operado.” – Angelina, 42 anos.</p> <p>“Nós devemos dar sempre o melhor e nem sempre temos condições económicas para poder dar aquilo que é o melhor...” – Manuel, 35 anos.</p> <p>“...porque nós não temos a liberdade de usar ou de fazer aquilo que achamos melhor para o doente...” – André, 60 anos.</p> <p>“...pode influenciar, mas não vai limitar, porque se eu achar que um procedimento ou uma técnica ou algum sistema tem que ser aplicado num doente e não tenho os meios disponíveis, tenho que ir até à última para conseguir esses meios!” – Carla, 48 anos.</p> <p>“Sim, isso eu já me recusei a tratar doentes e tive situações em que não tratei doentes, no passado, porque acreditei que não estavam reunidas todas as condições de segurança.” – Joana, 46 anos.</p> <p>“Até hoje nunca fui objetor de consciência.” – Vicente, 40 anos.</p> <p>“Já transferei por situações que, que... Porque o hospital, claramente, assumidamente não tem condições.” – Glória, 70 anos.</p> <p>“Nenhum hospital pode garantir o melhor tratamento possível de todas as patologias.” – Campos, 65 anos.</p>
<p>3-Capacidade de Intervenção para o Bem Comum.</p>	<p>“ Sim (...) porque os direitos dos cidadãos, enquanto doentes, estavam em causa com práticas questionáveis. Atentavam, algumas delas, contra o estado da arte e contra os direitos dos cidadãos enquanto doentes.” – Valentim, 61 anos.</p> <p>“Por obrigação ética. Quando somos confrontados com atividades e desempenhos que não se adequam às normas, ahmmm devemos, e acho que em 1º lugar inter-pares, chamar a atenção de que investiguem.” – Celeste, 57 anos.</p> <p>“... Porque faltavam os recursos que impossibilitavam o tratamento adequado relativamente aos doentes. Fundamentalmente por isso... Mas há outro fator secundário, que é a questão de proteção legal, também.” – Bruno, 63 anos.</p> <p>“Não...por não ter coragem para isso. Porque ir contra um colega é uma coisa que realmente...hmmm (pausa) custa-me!” – Aida, 65 anos...</p> <p>“As coisas resolvem-se entre quatro paredes, não precisamos de ir fazer queixinhas a ninguém!” – Vicente, 40 anos.</p> <p>“Falei com superiores meus que disseram para não o fazer...” – António, 61 anos.</p> <p>“...porque claramente a Ordem não consegue conter a informação e iria existir claramente repercussões negativas à minha pessoa.” – José, 39 anos.</p>

<p>4-De que modo o contexto influencia ou não a ética individual.</p>	<p>“Nos hospitais privados a contenção é menor porque o cliente paga...Um SNS pretende os cuidados de saúde igual por todos.” – Carla, 48 anos.</p> <p>“Determinado ato cirurgico cuja recuperação do doente seja muito mais rápida...o estado, hospital publico, não lhe cai na alçada do seu ministério o absentismo do doente. Como não lhe cai na alçada do seu ministério o absentismo do doente, vai pelo mais económico.” – Alice, 66 anos.</p> <p>“A diferença é que nos públicos, muitas vezes, o preço conta como único critério, enquanto nos hospitais privados obviamente que o preço é importante – até porque o negócio que vende saúde será maior – mas ao mesmo tempo há a noção que a qualidade dos serviços prestados tem que estar garantida, sendo isso parte de uma relação comercial base que fideliza os clientes e que ao garantir em qualidade, faz com que sejam procurados.” – José, 39 anos.</p> <p>“O setor público é procurado o valor mais baixo, mas muitas vezes sem se perceber qual é a orientação disto... Porque, se se percebe que esse valor mais baixo acaba por os impactos negativos que tem na sua utilização...de hmmm...a médio prazo trazer encargos financeiros ao setor.”- Bruno, 63 anos.</p> <p>“O poder económico está muito concentrado no lado do privado e o privado pode ter outro tipo de financiamento que o público. De qualquer maneira, as grandes cirurgias e as cirurgias de alta definição e as cirurgias de grande tecnologia não são feitas na privada! Apesar desses constrangimentos é o público que responde a esse tipo de patologia. A mais complexa não é feita na privada!” – André, 60 anos.</p> <p>“... Pedir material excedentário para depois sobrar para outro doente que venha a seguir...para termos um meio disponível para o doente iniciar o tratamento...” – Carla, 48 anos.</p> <p>“...material, sei lá...uma situação que às vezes, sei lá, transporte de ambulância...às vezes tentamos ajudar o doente ou tentamos de alguma forma ultrapassar a questão...” – Vera, 47 anos.</p> <p>“Manipular um bocadinho às vezes, as coisas, sempre em benefício do doente, sempre com o intuito de tentar que ele consiga obter cobertura, muitas vezes, para obter algumas coisas que eles precisam.” – Joana, 46 anos.</p> <p>“Os protocolos existem para ter um fio de conduta do tratamento de um doente. No entanto, os doentes não são todos iguais e há particularidades que nos obrigam hmmm a não seguir o protocolo...” – Campos, 65 anos.</p> <p>“Não existem <i>doente</i>, existem <i>doentes</i>. E há situações em que eu tive que ficar às vezes, sair um pouco do protocolo.” – João, 66 anos.</p> <p>“As guidelines é como umas luzinhas quem vê mal a não sair muito do caminho...agira, disso está a clínica, está o doente e a capacidade técnica do cirurgião.” – Celeste, 57 anos.</p> <p>“...penso que a maior parte tem permitido tratar, mas... não é a excelência” – Maria, 65 anos.</p>
<p>5-Influência do DRH e/ou do Comité de Ética na tomada de decisão.</p>	<p>“Eu nem sei quem é o Comité de ética! (...) Os recursos não têm nada a ver.” – Anabela, 44 anos.</p> <p>“Nenhuma influência.” – Carla, 48 anos.</p>

ANEXO VI – DIÁRIOS DE CAMPO

Nestes diários de campo são relatadas duas das muitas situações vividas ao longo dos últimos anos, que expressam fortemente as preocupações inerentes aos cirurgiões no que respeita ao desenvolvimento da

tecnologia em benefício do melhor tratamento para os seus doentes e as pressões económicas sofridas no sentido inverso.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE EM BLOCO OPERATÓRIO

(Sala de um bloco operatório num hospital com uma área de influência de mais de 300.000 habitantes).

Nesta sessão cirúrgica há dois pacientes com hérnia incisional que serão tratados com técnicas cirúrgicas diferentes, adequadas às condicionantes do paciente e às características do cirurgião que opera.

A sala tem cerca de 30 m² e nela encontram-se: dois alunos de medicina, que observam à distância os movimentos de todos os intervenientes; um anestesista, que assume o controlo do paciente à cabeceira, manuseando os equipamentos de verificação de funções fisiológicas e administração de gases, uma enfermeira que lhe dá apoio na administração de fármacos; uma enfermeira circulante, que responde às necessidades de material da instrumentista; uma enfermeira instrumentista que atende aos pedidos de material dos cirurgiões, diante de uma mesa cirúrgica, esterilizada, com vários instrumentos de diérese, exérese, hemostase e síntese, perfeitamente ordenados e separados, e dois cirurgiões gerais. Todos se posicionam na ordem intrínseca do seu trabalho e encontram-se fardados com fatos de tecido azul claro, barretes verdes descartáveis e máscaras no rosto. Cirurgiões e enfermeira instrumentista estão esterilizados: vestem uma bata azul que os cobre do pescoço quase até aos pés e luvas cirúrgicas. O doente está deitado na marquesa, já anestesiado e com um campo estéril que apenas deixa a descoberto a zona de incisão. A sala tem boa iluminação e os focos cirúrgicos de luz intensa incidem sobre a barriga do doente, centro das atenções de um dos cirurgiões pela esquerda e, pela direita, do cirurgião mais novo que o vai operar e da sua instrumentista. A sala está, como habitualmente, fria, para que se mantenha um ambiente limpo, pouco propício a infeções. O cirurgião tem já o paciente aberto.

Sou a nona pessoa a entrar, quebrando o silêncio instituído, e pedindo licença aos cirurgiões, que não apreciam estranhos na sala, depois de termos combinado eu estar presente com novas próteses a usar nesta sessão. O concurso deste tipo de material está a decorrer no hospital. É um ajuste direto, o que significa que o valor anual que o hospital consome atualmente no tipo de próteses e fixadores listados, situa-se entre os 20.0001 e os 74.999 euros por ano. Entre outros, alguns critérios são de realçar: os dispositivos médicos devem estar codificados pelo INFARMED, entidade reguladora deste tipo de artigos e medicamentos; as propostas não são sujeitas a negociação; e a adjudicação é feita segundo o critério da proposta economicamente mais vantajosa, tendo em conta os seguintes fatores e ponderações: I - Preço: 60% e II - Adequação Técnica: 40%.

A empresa que represento está em Portugal há quase três décadas e até 2017 nunca tinha conseguido entrar com este tipo de material neste hospital. Para além das modificações naturais da empresa e da sua estratégia, um dos critérios de entrada nesse ano foi o do preço: conseguiram introduzir-se algumas redes para tratamento da hérnia incisional porque o seu valor estava abaixo do da concorrente anterior. As próteses que levo para implantar nos doentes são redes de dupla face usadas em pacientes sujeitos a exposição visceral aquando da correção de hérnias incisionais. É o caso do paciente operado por este cirurgião que, dada a complexidade cirúrgica e o número de cirurgias anteriores exige uma separação de componentes, que culmina com o seu implante. Uma cirurgia minuciosa e longa. O cirurgião aprecia a malha pelas suas características: “Facilita-me muito a colocação o facto de ter estes dois bolsos para suturar e o anel de memória para a expandir. Poupo tempo!”. Ambos parecem contentes pelo facto de a prótese ser gratuita: não há custos para o hospital e, como correu tudo bem, em princípio o doente vai ficar bem.

O cirurgião mais velho vai inciar a segunda cirurgia mas não parece muito satisfeito pelo facto de a técnica anterior ter demorado tanto. Diz que é dia dos namorados e quer chegar cedo a casa. Têm bloco até às 20h e já são 17h. A mudança de doente demora quase uma hora entre acordar o anterior, limpar a sala, preparar a sala para outra cirurgia e trazer o novo doente. Eu brinco e digo que, caso o cirurgião queira utilizar uma rede diferente, mais cara, mas que encurta o tempo cirúrgico pelas suas características (e que eu também trouxe), terá que me pagar um jantar! Ele fica entusiasmado... Ia utilizar uma rede de 60 euros que lhe demoraria cerca de 45 minutos a suturar. A rede que em tempos lhe apresentei e hoje trouxe “*just in case*”, não está autorizada nem concursada pelo hospital, porque custa seis vezes mais. Pergunta-me se lha ofereço. Eu respondo que sim. O cirurgião reconhece que acabará mais cedo a cirurgia, graças à prótese mais cara, pois esta, sendo auto-adesiva, retira-lhe quase uma hora de cirurgia e diminui largamente a dor ao doente no pós-operatório, provocada sempre pela sutura contínua, obrigatória numa

rede barata. Do mesmo modo, todos estamos conscientes de que poupará no fio e que, no final de contas, são poupados os custos indiretos (não contabilizados) da medicação e do internamento do doente, bem como do seu conseqüentemente alargado absentismo ao trabalho. E uma vez gratuita, todos ficam mais contentes, porque o hospital poupa, o doente ganha e todos saem mais cedo para festejar o dia dos namorados...

Em jeito de síntese, este quadro ilustra a importância extrema que a contenção de custos representa nos hospitais em geral, e também nos de grande dimensão. Mesmo existindo a noção de que a tecnologia representa uma mais-valia no tratamento de patologia cirúrgica, a verdade é que não está, como seria desejável, ao alcance de quem dela poderá fazer bom uso para melhoria de condições cirúrgicas e, implicitamente, da qualidade de vida dos pacientes. Contudo, observa-se que, apesar de não terem acesso à excelência, estes cirurgiões dão o seu melhor para realizarem o melhor tratamento possível.

SESSÃO DE FORMAÇÃO DE CIRURGIÕES GERAIS EM CIRURGIA DA PAREDE ABDOMINAL

Cada vez mais, a formação a profissionais de saúde é assegurada e organizada por empresas de indústria farmacêutica e de dispositivos médicos. Esta realiza-se num hospital e conta com uma fatia importante de cirurgiões gerais de vários hospitais públicos e privados do país. Os palestrantes foram equitativamente selecionados pela empresa organizadora e pela coordenação médica do hospital.

O curso destina-se a discutir o estado da arte no tratamento das hérnias inguinais, incisionais e complexas da parede abdominal, passando por apresentações de casos clínicos de hospitais públicos, PPP e privados portugueses.

A sessão começa às 9:45h, com quinze minutos de atraso, aberta pelo diretor clínico da unidade hospitalar, ao qual se segue uma breve sessão de boas vindas proferida pelo cirurgião coordenador do evento na biblioteca do hospital, de paredes nuas, não com mais de 100 metros quadrados. A sala, equipada com um projetor de imagem e uma tela para projeção dos *power point*, bem como aparelhos de som, monitorizados por uma equipa de dois técnicos, está cheia, o que perfaz praticamente 60 cirurgiões, tendo em conta que seis destes são ainda estudantes de medicina.

O ambiente é cómodo, amistoso e seletivo. A maior parte, senão todos, conhecem-se, ora da faculdade, da especialidade, de algum congresso, investigação em parceria, doentes transferidos ou da prática privada, entre outros. A ruidosa alegria inicial do cumprimento entre colegas, dá lugar a um silêncio concentrado nos preletores.

São apresentados oito trabalhos sobre técnicas cirúrgicas por vias aberta e laparoscópica, alguns dos quais com passagem de vídeos ilustrativos da experiência individual. Cada palestrante tem uma mesa de moderação e cada moderador coloca questões pertinentes, abrindo o diálogo à audiência.

Aspetos como correção técnica, dor, experiência em número de casos, funcionalidade e qualidade no tratamento dos doentes são enfocados. Elencam-se vantagens económicas, de dor e de pós-operatório em cada uma delas. Outra preocupação presente é a durabilidade da estância dos pacientes nos hospitais e respetivos custos. Estes são abordados em todas as palestras, ora por iniciativa dos autores, dos moderadores, ou da audiência. Os custos estão na ordem do dia: a gestão hospitalar não contabiliza os custos sociais (indiretos) nas apreciações para introdução de novas técnicas cirúrgicas, quando tal implica custos diretos no curto prazo superiores

Numa das sessões da tarde, entra, como convidado, um moderador de especial relevância na gestão dos custos das cirurgias. Diretor clínico de uma das maiores seguradoras a atuar no mercado da saúde em Portugal, o cirurgião apresenta-se como decisor empoderado pela representada e aprovador de gastos e técnicas cirúrgicas solicitadas por outros cirurgiões, para unidades de saúde privadas. A discussão acende-se e o anterior silêncio dá lugar a um burburinhar proveniente da audiência. Alguns elementos palestrantes e da audiência mostram profundo desagrado pelo discurso do cirurgião-gestor. O médico alega: “não pode gastar-se a torto e a direito e inventar procedimentos complexos para doentes de tratamento simples”. Segundo ele, a maior parte dos procedimentos solicitados e chumbados “apresentam complexidade técnica, custos elevados e desnecessários, uma vez que, com cirurgia convencional, praticamente todos conseguem solucionar-se”. Em contraposição, o anterior palestrante (cirurgião português internacionalmente reconhecido pelas suas competências técnicas) discute que, para cirurgia de hérnia umbilical, o custo acrescido para a técnica que usa é de 900 euros, mas o pós-operatório é substancialmente justificativo do investimento: o doente não tem dor, a alta é em 24 horas e, por

consequência, os custos sociais (absentismo por baixa) são bastante inferiores. O gestor expandiu a sua consideração sobre a limitação de custos na sua seguradora e estendeu-se sobre a não necessidade de abranger todos os pacientes pelas novas tecnologias. O seu opositor encerra a apresentação, declarando que num futuro próximo quase todos, ou mesmo todos, os procedimentos acabarão por ser feitos através de robots e os cirurgiões devem preparar-se e manter-se atualizados: “Outras máquinas mais user friendly chegarão, mas a robótica está mais próxima do que parecia estar”, remata.

A apresentação do palestrante seguinte incide em pacientes complexos. As fotos apresentadas de casos inoperáveis para a maioria dos cirurgiões, elevam a surpresa dos assistentes. Os ruídos de rumores de fundo dão novamente lugar ao silêncio. “Ninguém, repito, NINGUÉM, me vai dizer que estes pacientes são simples e podem ser operados de forma simples, sem recurso a gastos extraordinários!” A mensagem parece ter sido interpretada por todos da mesma forma: pelas expressões faciais, a audiência demonstra concordância com este cirurgião, o que desmerece a anterior crítica do gestor da seguradora. O burburinho regressa à sala e rompe o silêncio da última apresentação. Todos os cirurgiões reconhecem que são estes gestores que impedem que se pratique na cirurgia portuguesa o estado da arte internacional. Neste cenário, verifica-se que os constrangimentos económicos para acesso às novas tecnologias são parte integrante das sessões formativas dos cirurgiões gerais. Um cirurgião gestor de uma reconhecida seguradora explica as limitações económicas para aprovações de cirurgias que implicam maior custo (é importante perceber que as seguradoras financiam apenas o setor privado da saúde). A relação custo-benefício é, mais uma vez, discutida na procura de que se entenda uma contabilização indireta (social) e uma mais rápida recuperação para o seu doente. Parecem existir sérias diferenças entre o ponto de vista de quem quer poupar no curto prazo e o de quem vê as vantagens do investimento no longo prazo. Importa realçar que o cirurgião-gestor realça a simplicidade dos tratamentos cirúrgicos (com menores custos) versus a complexidade, que associa a maiores custos; no lado oposto, dois palestrantes refutam esta ideia, dando provas através das experiências clínicas relatadas.