

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Instituto Superior de Economia e Gestão



Hospitais em Crise: Uma Etnografia dos Cirurgiões Gerais em Portugal

Cristina Piedade Silva

Orientador: Professor Doutor Daniel Seabra Lopes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutora em Sociologia
Económica e das Organizações

2023

UNIVERSIDADE DE LISBOA
Instituto Superior de Economia e Gestão



Hospitais em Crise: Uma Etnografia dos Cirurgiões Gerais em Portugal

Cristina Piedade Silva

Orientador: Professor Doutor Daniel Seabra Lopes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutora em Sociologia
Económica e das Organizações

Júri:

Presidente: Doutora Maria Rosa Vidigal Tavares Da Cruz Quartin Borges, Professora Catedrática e Presidente do Conselho Científico do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa.

Vogais:

Doutor João Carvalho das Neves (Relator), Professor Catedrático, Instituto Superior de Economia e Gestão.

Doutora Helena Maria Rocha Serra, Professora Associada com agregação, Nova FCSH, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Doutor Daniel Seabra Lopes, Professor Auxiliar, Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa.

Doutora Maria Manuel Correia de Lemos Quintela, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Doutora Ana Patrícia Silva Souto Lourenço Hilário, Investigadora Auxiliar, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

2023

AGRADECIMENTOS

Ao meu professor e orientador Daniel Seabra Lopes, exigente, incansável, compreensivo e dedicado, que acreditou sempre na possibilidade de integrar o conhecimento anterior com a profundidade de uma investigação qualitativa através da “riqueza dos dados”.

À Iara, a melhor das minhas amigas dos estudos, dos desabafos, dos ânimos, dos desânimos e da persistência a que obriga um doutoramento.

Ao Ramón, por ser “*el*” *cirujano ético y de pasión*.

Ao Sergio, por ter sido um feroz apoiante e facilitador.

Aos cirurgiões gerais (eles e elas sabem bem quem são!), com quem me cruzei e enriqueci nos últimos anos em humanidade, compaixão, resiliência, dedicação, entrega e trabalho árduo.

Aos meus amigos, principalmente à Cristina Melo, Mizé, Lasalete, Cris, Vera e António que me escutaram horas a fim e nunca duvidaram.

À minha família, por todo o tempo que não lhes dediquei, pelo suporte e pelo valor...

Industriam adjuvat Deus...

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



- Kant

RESUMO

Esta investigação tem como objetivo a reflexão sobre o impacto de fatores externos como as restrições de ordem orçamental (inicialmente impostas pelo Programa de Ajustamento da *Troika* e que se mantêm na atualidade) e o aparecimento do vírus SARS-CoV-2 (que representa a maior e mais lenta crise mundial de saúde pública do século XXI) na atividade dos cirurgiões gerais em Portugal. Importa determinar as suas consequências na organização Hospital e na ordem aí estabelecida, nas tarefas médicas, bem como no engrossar das listas de espera e no agravamento da doença cirúrgica. Através da utilização de uma abordagem mista, que combina fontes de dados qualitativas (como entrevistas semiestruturadas aos atores e principais *stakeholders*, ações de *shadowing*, observação participante e não participante e análise documental) e quantitativas (inquérito aos cirurgiões gerais), o estudo procura aferir os reais efeitos na atividade cirúrgica dos setores público e privado em diferentes cenários, como a ausência de recursos materiais, humanos e de equipamentos de proteção individual, essenciais ao lidar com a pandemia COVID-19. Identificamos momentos críticos e hostis ao desempenho da *expertise* destes especialistas (alcançada através de uma profissionalização prolongada no tempo e em constante revisão), potenciados por barreiras de ordem económica e de saúde pública e apuramos existirem limitações na ação e na tomada de decisão dos cirurgiões sobre o melhor tratamento para os seus doentes.

Palavras Chave: Cirurgiões Gerais, *Troika*, Economia, Profissionalismo, Ética, Pandemia.

ABSTRACT

This investigation aims to reflect on the impact of external factors such as budgetary restrictions (initially imposed by the Troika Adjustment Program and which are currently maintained) and the emergence of the SARS-CoV-2 virus (which represents the largest and slower global public health crisis of the 21st century) interfered in the activity of general surgeons in Portugal. It is important to determine its consequences on the organization named Hospital and its established order, in the medical tasks, as well as on the increase in waiting lists and the worsening of the surgical disease. Through the use of a mixed approach, which combines qualitative data sources (such as semi-structured interviews with actors and main stakeholders, shadowing actions, participant and non-participant observation and document analysis) and quantitative (a survey for general surgeons), the study seeks to assess the real effects on surgical activity in the public and private sectors in different scenarios, such as the absence of material, human resources and essential personal protective equipments when dealing with the COVID-19 pandemic. We have identified critical and hostile moments to the performance of the expertise of this specialists (achieved through a prolonged professionalization in time and constant review), boosted by economic and public health barriers and found out limitations in the action and decision-making of surgeons concerning the best treatment for their patients.

Keywords: *General Surgeons, Troika, Economy, Professionalism, Ethics, Pandemic.*

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICES DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xii
LÉXICO DE SIGLAS	xiii
PARTE I – ENQUADRAMENTO GERAL	15
INTRODUÇÃO.....	15
1 – O médico e a atividade médica	19
2 – Questões que nortearam a investigação e delimitação do campo empírico.....	22
3 – Razões para a escolha do objeto de estudo	24
4 – No terreno dos atores – obstáculos e facilidades	26
5 – Organização metodológica	29
CAPÍTULO I – TEORIA SOCIOLOGICA	38
I.1 – Das Ocupações às Profissões: Contributos da Sociologia das Profissões.....	38
I.1.1 – Autonomia: poder e autoridade médica	48
I.2 – O Contributo da Sociologia da Saúde	57
I.3 – O papel da Sociologia das Organizações.....	61
CAPÍTULO II – UM OLHAR SOBRE A ORGANIZAÇÃO	72
II.1 – O Hospital	72
II.1.1 – O Hospital e as suas dinâmicas: os papéis principais de uma ordem negociada.....	79
II.2 – O papel do doente.....	85
II.3 – As Organizações face ao Estado	91
II.3.1 – Welfare State: Estado Social ou Estado-Providência	91
II.4 – O Serviço Nacional de Saúde: universalidade, generalidade e gratuidade ou mercadorização?	96

II.5 – O Hospital, a Economia e as Políticas Sociais de Saúde	100
II.6 – A Nova Gestão Pública (NGP)	107
II.6.1 – Efeitos Perversos da Economia e da Gestão no Trabalho Médico	113
II.7 – A Troika: mudança de paradigma	120
II.8 – COVID-19: a reconfiguração da cirurgia geral no hospital	125
PARTE II – O CAMPO EMPÍRICO.....	132
CAPÍTULO III – OS ATORES E OS CONTEXTOS	132
III.1 – Caracterização dos atores.....	133
III.2 – Caracterização dos contextos.....	138
III.2.1 – O Bloco Operatório Central.....	138
III.2.2 – A pequena cirurgia e a cirurgia de ambulatório	150
III.3 – Equipas e papéis no bloco operatório: a articulação entre cirurgião e anestesista	154
III.4 – A produção de cuidados no bloco operatório: o imprevisto	163
III.5 – O doente: O caso da Senhora Maria	179
III.5.1 – O trajeto da Senhora Maria.....	182
CAPÍTULO IV – DAS BOAS E DAS MÁIS PRÁTICAS	187
IV.1 – Ética, Deontologia e Medicina	187
IV.1.1 – Da ética e da moral	189
IV.2 – Economia ética da saúde.....	207
CAPÍTULO V – AFETAÇÕES ECONÓMICAS E DE TERCEIROS NA ATIVIDADE DOS CIRURGIÕES-GERAIS E NOS DOENTES.....	210
V.1 – Impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões gerais	214
V.2 – Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento dos doentes	221
V.3 – Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento dos doentes	229
V.4 – Influência dos stakeholders nas práticas dos cirurgiões	235
V.5 – Comparação por género	243
V.6 – Comparação por categoria profissional	248
V.7 – Comparação por antiguidade	250

V.8 – Excertos de resposta aberta	251
CAPÍTULO VI – A COVID19: REESTRUTURAÇÃO DA ATIVIDADE CIRÚRGICA E DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	253
VI.1 – Análise e discussão das entrevistas	257
VI.2 – O último dia dos hospitais sem COVID	262
VI.3 – O caso da cirurgiã Carolina	263
VI.3.1 – A (des)ordem disruptiva: fatores críticos de mudança.....	277
VI.4 – Os recursos materiais.....	281
VI.5 – Os recursos humanos	284
VI.6 – Novas formas de divisão do trabalho e efeitos das atuais condições no cirurgião	287
VI.7 – Consequências das atuais condições no bom tratamento dos doentes.....	289
VI.8 – Tratar da melhor forma a maior parte dos doentes	292
VI.9 – Afetação das atuais condições nas boas práticas	293
VI.10 – Afetação das atuais condições no juízo clínico e nas leges artis	294
VI.11 – Dilemas éticos.....	295
VI.12 - Hospitais públicos versus privados/ Hospitais centrais versus periféricos .	296
VI.13 – A pandemia do medo.....	298
VI.14 - Impacto das condições na articulação trabalho/família.....	303
VI.15 - Influência dos stakeholders	304
PARTE III - REFLEXÕES	306
CONCLUSÕES	306
LIMITAÇÕES DA PESQUISA	314
PROPOSTA PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA	315
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	316
ANEXOS.....	337

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Corredor de acesso às salas operatórias	139
Figura 2 - Máscaras cirúrgicas	142
Figura 3 - Acesso ao vestiário masculino	143
Figura 4 - Vestiário feminino	144
Figura 5 - Instrumentos cirúrgicos	145
Figura 6 - Disposição do instrumental cirúrgico	145
Figura 7 - Organização dos consumíveis (1).....	146
Figura 8 - Disposição da equipa cirúrgica.....	147
Figura 9 - Degrau	147
Figura 10 - Cabeceira do doente: anestesia	148
Figura 11 - Organização dos consumíveis (2).....	149
Figura 12 - Equipa cirúrgica.....	150
Figura 13 - Trajeto de doentes COVID	166
Figura 14 - Corredor de internamento	170
Figura 15 - Espaço de registos.....	173
Figura 16 - Dossiers de enfermagem.....	173
Figura 17 - Gabinete de urgência	176
Figura 18 - Sala de observação.....	177
Figura 19 - Desinfetante	179
Figura 20 - Camas encostadas por falta de manutenção.....	223
Figura 21 - Cirurgia na fase de mitigação	262

ÍNDICES DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Impacto das restrições económicas	220
Gráfico 2 - Influência do superior hierárquico nas escolhas dos materiais	239

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica (N = 150)	135
Tabela 2 - Implicações Éticas nas práticas médicas	189
Tabela 3 - Restrições vs. isenção, ajuizamento clínico e ético, conformidade com as <i>leges artis</i>	195
Tabela 4 - Consistência interna	203
Tabela 5 - Implicações éticas/objeção de consciência (Sim).....	204
Tabela 6 - Motivos de não comunicação de infrações à OM	205
Tabela 7 - Cirurgia não adequada por ausência de recursos materiais	205
Tabela 8 - Dimensões e Indicadores do Impacto das Restrições Económicas e dos <i>stakeholders</i>	212
Tabela 9 - Entrevista semiestruturada	214
Tabela 10 - Consistência interna	214
Tabela 11 - Impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões-gerais	215
Tabela 12 -Consistência interna	221
Tabela 13 - Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais	222
Tabela 14 - Regras de contenção iguais nos hospitais públicos, PPP, Privados	228
Tabela 15 - Consistência interna	229
Tabela 16 - Impacto das restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes	229
Tabela 17 - Impacto da redução de horário, das listas de espera e da inovação nos doentes	232
Tabela 18 - Referenciação por ausência de condições de tratamento	233
Tabela 19 - Influência do Comité de Ética na tomada de decisão	235
Tabela 20 - Influência do Departamento de Logística/Compras na tomada de decisão	236
Tabela 21 - Influência da Administração na tomada de decisão	237
Tabela 22 - Influência do superior hierárquico na tomada de decisão	239
Tabela 23 - Género	243
Tabela 24 - Comparação por género (Sim).....	246

LÉXICO DE SIGLAS

- AC – Abordagem das Capacidades;
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde;
- APCA – Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório;
- BCE – Banco Central Europeu;
- CA – Conselho de Administração;
- CDC – *Centers for Disease Control*;
- CE – Comissão Europeia;
- CEIC – Comissão de Ética para a Investigação Clínica;
- CES – Comité de Ética para a Saúde;
- COVID19 – *Coronavirus Disease 2019*;
- CRI – Centro de Responsabilidade Integrada;
- DGS – Direção Geral de Saúde;
- DRH – Departamento de Recursos Humanos;
- EPE – Entidade Pública Empresarial;
- EPIs – Equipamentos de Proteção Individual;
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde;
- EUA – Estados Unidos da América;
- FFP – *Filtering Face Piece*;
- FMI – Fundo Monetário Internacional;
- GED – Governança da Era Digital;
- GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo;
- GRH – Gestão de Recursos Humanos;

IAAS – *International Association of Ambulatory Surgery*;

MCI – *Mass Casualties Incidents*;

ME – Memorando de Entendimento;

MS – Ministério da Saúde;

NGP – Nova Gestão Pública;

NPM – *New Public Management*;

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PA – Programa de Ajustamento;

PIB – Produto Interno Bruto;

PPP – Parceria Público-Privada;

RH – Recursos Humanos;

RX – Raios X;

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*;

SMI – Serviço de Medicina Intensiva;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

TAC – Tomografia Axial Computorizada;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO GERAL

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo central a análise do comportamento dos cirurgiões gerais no domínio da “ordem negociada” do hospital (Strauss *et al.*, 1963), com base no papel ‘hospitalocêntrico’ (Carapinheiro, 1986; Correia, 2012; Lopes, 2001; Serra, 2008; Tavares, 2019) do sistema de saúde português, prestando atenção ao modo como os cirurgiões reagiram em termos profissionais, de moral e de ética, às políticas de restrição orçamental durante e após a execução da *Troika* em Portugal, e como enfrentaram os constrangimentos sentidos no período da pandemia por COVID-19 para conseguirem cumprir a sua função para com os doentes cirúrgicos.

Um débil orçamento de Estado para a Saúde, maiormente absorvido pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), iniciado em 2011 por imposição da *Troika*, proporcionando um agravamento das orientações managerialistas da Nova Gestão Pública, representa um obstáculo à autoridade profissional dos médicos e constrange a sua autonomia no que concerne à tomada de decisão e ação sobre o melhor tratamento para os doentes. Por outro lado, a doença COVID-19, que provocou uma crise de saúde pública de proporções globais, surgiu numa fase em que ainda não estavam sanadas as deficiências intrínsecas a uma gestão hospitalar financeiramente emagrecida e as listas de espera de cirurgia geral tinham agravado o funcionamento do sistema público de saúde.

A implementação das metas previstas no Memorando de Entendimento entre o Governo português e a *Troika*, bem como a necessidade de fazer face à pandemia, tiveram diferentes tipos de consequências na atividade dos cirurgiões gerais. São essas consequências que pretendemos explorar e analisar, tomando em linha de conta que o *core* da medicina é a resposta para a necessidade vital da humanidade de ajuda no tratamento das doenças (Kodolitsch *et al.*, 2017). 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 (*id.*).

Da ética médica à autoridade médica, foram várias as questões colocadas que deram início à realização de entrevistas, ações de *shadowing*, observação participante nas atividades de bloco operatório, consulta, internamento e urgência, não somente com atores sobre os quais a pesquisa se fundamenta, como também com os *stakeholders* que mais diretamente participam no seu quotidiano. A proximidade conseguida no percurso que demarcou a mudança de paradigma da medicina para um ‘novo normal’, permitiu registar perda de autonomia, medo, ansiedade e incapacidade no agir em benefício dos doentes cirúrgicos. Alguns destes pressupostos já vinham sendo registados a partir da investigação sobre os impactos económicos na atividade cirúrgica.

Apesar de os estudos existentes em instituições de saúde públicas serem esclarecedores sobre a atividade dos diferentes grupos profissionais de saúde em Portugal, não há ainda evidência científica sobre a afetação direta na atividade cirúrgica de um subfinanciamento económico dos hospitais públicos ou da crítica escassez de recursos provocada pela recente crise pandémica. No panorama Europeu, a evidência sobre o impacto da crise económica nos médicos é igualmente escassa (Rego *et al.*, 2017). A etnografia no meio hospitalar é dificultada pela diversidade de objetos e pela complexidade de sistemas, que não facilitam a pesquisa sociológica, o que explica uma escassez de investigações de carácter qualitativo em múltiplos hospitais no mesmo período temporal, que permitam compreender se a realidade observada numa única instituição é ou não transversal a outras - um vazio que pretendemos preencher, através de abordagens de carácter qualitativo e quantitativo que mais adiante se descrevem.

Esta monografia está dividida em três partes. A primeira parte é constituída por dois capítulos que se concentram nas abordagens teóricas, metodologias e no espaço de referência para o estudo. Trata-se de sumarizar o objetivo inerente à pesquisa, elencando os contributos da sociologia, o papel do hospital enquanto organização, os impactos que fatores externos provocam à dinâmica e à ordem organizacional do hospital, cujo papel no contexto da saúde em Portugal, assume uma centralidade pelas características que lhe são inerentes, e ao exercício da atividade médica, em toda a sua envolvente teórica. Na parte II, expõe-se o campo empírico e o percurso analítico que envolveu os seus atores. Na parte III procuramos transmitir as nossas reflexões, conclusões, limitações e apresentar uma proposta de investigação futura.

Nesta introdução, resumimos as questões e objetivos da pesquisa, as razões para a escolha dos atores e do espaço e explicitamos a importância que a combinação de métodos qualitativos e quantitativos representou na pesquisa. Os cirurgiões gerais estão presentes na atividade profissional da investigadora e são parte de uma comunidade médica deontologicamente regulada, que tem vindo a ser constrangida nas duas últimas décadas a limitações de ordem política e económica, fatores que mudaram o paradigma da sua autoridade e autonomia profissionais. As mudanças verificadas ao longo de um primeiro percurso autoetnográfico, levantaram dúvidas que motivaram o trabalho etnográfico e o orientaram no sentido de entender as suas causas e as suas consequências na ética médica e na atividade cirúrgica, que, através de um constante e crescente aumento das listas de espera, constitui um dos maiores problemas sociais no quotidiano dos portugueses. A integração de outros *stakeholders* na pesquisa (*i.e.*, diretores de serviço e de departamento, administradores hospitalares, presidentes de comissões de ética, diretores de recursos humanos, enfermeiros de bloco, funcionários e diretores de logística e compras, e administradores regionais de saúde) - que foram abordados através de entrevistas semiestruturadas e alguns permitiram o acompanhamento silencioso da sua atividade profissional diária -, potenciou o reconhecimento da sua influência nos constrangimentos e na tomada de decisão dos cirurgiões, anulando julgamentos tendenciosos à classe médica e, especificamente, a estes atores. A separação entre os setores público, privado e público-privado é neste capítulo explicado como fator diferenciador de condições de trabalho e, por consequência, impulsionador de respostas distintas. Aliás, constitui um *asset* para a continuidade da etnografia hospitalar que, até então, não abordou a segregação dos diferentes setores, o que nesta secção explicamos como justificação para a escolha da observação dos atores nos hospitais e nos blocos operatórios dos três setores, enquanto espaços cruciais à sua atividade. Os pressupostos teóricos que sustentaram a escolha metodológica são aqui brevemente identificados e espelham o valor das diferentes técnicas utilizadas e da necessidade de combinação das duas abordagens, com relevância para a etnografia enquanto técnica qualitativa. Para além destes fatores, explicamos o percurso entre 2018 e 2021, interrompido pela catástrofe pandémica que não conseguiu ser obstáculo à realização temporária de entrevistas por videoconferência.

No capítulo I é privilegiada a teoria, com especial ênfase às Sociologia das Profissões, das Organizações e da Saúde, as três áreas da sociologia que, no seu conjunto, abrangem as dinâmicas das instituições e as práticas das profissões da saúde. A Sociologia das Organizações debruça-se sobre o papel das instituições na sociedade e nos indivíduos, que, não sendo estáticas, se definem pela base weberiana do ideal-tipo racional-legal e são consequência da divisão social do trabalho. A Sociologia das Profissões nasce do conceito de ‘profissão’, que surgiu na década de 1930 e se vai definindo pela organização de grupos de pessoas (profissionais) que se identificam pelo mesmo tipo de formação prolongada, competências técnicas, intelectuais e práticas e se distingue de ‘ocupação’. Aqui aprofundamos as questões ligadas à autonomia, monopólio e poder médicos atingidos através destas competências e o apoio conferido pelo Estado aos processos de ‘profissionalização’. No que concerne à Sociologia da Saúde, esta debruça-se sobre a medicina e a profissão médica enquanto papéis relevantes na economia e na sociedade.

O capítulo II confere um olhar minucioso sobre a organização Hospital, iniciando-se com uma breve história sobre o seu início e continuidade na história, seguindo-se uma descrição das suas dinâmicas. Realçamos os papéis do doente e do Estado, que têm especial preponderância neste peculiar tipo de organização, de características funcionais únicas da sua natureza. O Hospital é descrito como uma organização especialmente sensível a alterações de ordem económica e social e um elemento *core* no sistema de saúde português.

O campo empírico, constitui a II parte desta investigação e é explorado nos capítulos III, IV, V, e VI. O capítulo III detém-se sobre a caracterização dos atores e dos contextos. São expostos os modelos de produção de cuidados e a organização do trabalho nos contextos de bloco operatório, internamento, urgência e consulta externa. A importância do papel do doente é aqui reconhecida através da descrição de um caso ocorrido durante a investigação. Relativamente ao capítulo IV, ele é composto pelos conceitos de ética e a definição do conceito de boas práticas médicas. As implicações dos fatores externos anteriormente definidos como condicionantes à atividade clínica são explorados como impactantes na ética, e na moral, nesta secção iluminados por relatos de diversos atores e *stakeholders*, excertos dos diários de campo e respostas dos cirurgiões ao inquérito de âmbito nacional.

Os capítulos V e VI evidenciam as consequências da economia, da pandemia e de terceiros nas práticas dos cirurgiões e nos seus doentes, relevando os efeitos da falta de investimento na organização, em termos estruturais e de materiais de consumo e proteção, bem como na qualidade de tratamento dos últimos. A informação relativa às questões da economia no pós-*Troika* é segregada por setor, região e género, de modo a fornecer um enquadramento mais abrangente da realidade.

Por fim, as conclusões assentam na evidência das dificuldades continuamente sentidas nas boas práticas dos cirurgiões - sem que se excluam as afetações da pandemia na sua vida pessoal e no seu equilíbrio emocional -, nas limitações que sentimos durante o percurso dos 4 anos de investigação e terminamos com algumas propostas de continuidade da investigação nesta área.

1 – O médico e a atividade médica

Atualmente, o médico não é somente um prestador individual e generalista de cuidados de saúde como o era até ao início do século XX; a sua especialização faz coincidir a divisão do trabalho médico com os objetivos propostos, a diferenciação, a complexidade e os clientes dos cuidados, que são os doentes (Santana, 2010). A medicina rege-se por um código deontológico definido pela Ordem dos Médicos (OM), o que implica um conjunto de obrigatoriedades de cariz ético. A este respeito, é bem conhecida a proposta de Parsons (1951) acerca dos papéis sociais do médico e do doente, ambos marcados por um conjunto de direitos e de obrigações: o médico tem a obrigação de se orientar em função do bem-estar do doente e ajudá-lo a ficar bem, fazendo uso da sua especialização técnica, mas também usufrui do direito de exigir a colaboração do doente no cumprimento das suas orientações para o processo de cura. Ora, a ética, também sinónimo de ‘moral’, tem definições diversas para Treviño e Nelson (2011), que vão de um conjunto de princípios morais até às normas e padrões de conduta que controlam o indivíduo, podendo a conduta ética profissional ser considerada uma extensão de uma boa gestão, a não ser quando o indivíduo encontra 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 deontologia médica, representa uma série de deveres inerentes ao exercício da medicina (Manuila *et al.*, 2004), pelo que também os

cirurgiões devem orientar as suas opções pela ética enquanto resposta à questão colocada a cada momento nas suas vidas: como devo agir?, a questão kantiana que advoga o respeito e o dever para com os outros (Santos, 2012). A este propósito, a OM¹ sublinha a importância da deontologia da profissão médica, já que todos os direitos dos médicos ficam condicionados à sua moral profissional e que o seu papel social implica cumprimento de regras éticas que se regem pelo ‘dar’, em todos os momentos, a primazia ao doente. São regras ancestralmente fundamentadas no “Juramento de Hipócrates” (Anexo I), na “Carta de Maimonides”, médico aristotélico do século XII, reconhecido pela sua elevada espiritualidade, humanitarismo, racionalidade e abnegada dedicação ao seu trabalho (Cerdas, L., 2009) ou ainda no “Código de Percival” [1800: Base dos Princípios de Ética Médica da Associação Médica Americana; Karchmer, 2012], disciplinas adotadas e reconfirmadas na atualidade pelo “Código Internacional de Ética Médica da Associação Médica Mundial”.

Para entender como os médicos aplicam ou negligenciam a sua ética em cenários como o da atual pandemia (que em muitos sentidos se aproxima de um cenário de catástrofe ou de uma situação limite) torna-se relevante entrar no seu campo de ação. Barros e Nunes (2009) sublinham que a presença das ciências sociais no campo da saúde é primordial não só por corroborarem na compreensão da relação de hábitos e comportamentos com padrões de mortalidade, mas também pela promoção de trabalho multidisciplinar no entendimento da dinâmica das condições crónicas, por possibilitarem a identificação de fatores de stress e desenvolverem estratégias de ação sobre fatores físicos, psíquicos e culturais, e, essencialmente, porque promovem a humanização no cuidado de pacientes e nas relações de trabalho. As etnografias hospitalares de autores como Graça Carapinheiro (1993), realizada num hospital universitário e noutra geral, Tiago Correia (2012) e Helena Serra (2008), ambos realizados em centros de transplantação hepática, e ainda de Noémia Lopes (2001), David Tavares (2007) e Areosa e Carapinheiro (2008), testemunham uma tradição de investigação sociológica razoavelmente consolidada, deixando, porém, transparecer que ainda há muito por pesquisar.

¹ *Vd.* editorial da revista número 6 de Junho 1981.

Os especialistas médicos debruçam-se sobre a problemática de como a economia influencia a sua atividade, sobretudo no que concerne às implicações éticas e às consequências que reformas economicistas possam ter para o tratamento dos seus doentes, pelo que urge entender o cenário português, que à data desta investigação ainda se mantém muito próximo da realidade económica vivida durante o Programa de Ajustamento (PA) acordado no Memorando de Entendimento (ME) da *Troika* (organismo constituído pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia, 2011-2014). Em jeito de resumo da situação vivida na saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), refere no seu Relatório de Contas de 2016 que a restrição decorrente da conjuntura económica que continuou a existir em 2016, promoveu a racionalização dos gastos públicos e na gestão do bem público, como a rentabilização dos equipamentos e recursos humanos existentes nas instituições do SNS (ACSS, 2016), tendo ainda assim registado um prejuízo de 391 milhões de euros.

Este cenário económico foi agravado pela subsequente crise provocada pela doença COVID-19 no início de 2020 que modificou o contexto da prestação de cuidados de saúde em Portugal. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2020), a atividade programada sofreu logo no mês de março desse ano uma queda acentuada de 16% nas consultas médicas dos hospitais do SNS, com uma variação negativa até aos 35% e 31%, nos meses de abril e maio. O número de cirurgias situou-se, nestes meses, 78% e 57% abaixo do valor de referência do ano anterior.

Correia (2020) alerta para a suspensão da atividade programada não urgente do setor público e da diminuição implícita da atividade deste setor, tal como para o facto de não ser menosprezável a dependência da população do setor privado da saúde, nomeadamente em consultas médicas. Por outro lado, o autor refere o desgaste dos profissionais provocado pela atenção prestada aos doentes infetados, a descompensação no atendimento a doentes crónicos e o aumento da mortalidade de doentes não COVID. Segundo Nogueira *et al.* (2020), entre 1 de março e 22 de abril de 2020, o número de mortes por outras doenças foi 3,5 a 5 vezes superior ao número de mortes oficialmente reportado por COVID19, atingindo a faixa etária mais idosa, acima de 65 anos, em parte por receio da população se dirigir aos hospitais e em parte pelo adiamento de consultas e cirurgias. Para os autores, as falhas do SNS concentram-se na essência de uma debilidade

na política de recursos humanos, na escassez e má distribuição dos profissionais por especialidade e nos desequilíbrios existentes na divisão do trabalho.

2 – Questões que nortearam a investigação e delimitação do campo empírico

A investigação, que se iniciou em setembro de 2018 e terminou em dezembro de 2021, combinou um métodos quantitativo com métodos qualitativos, de modo pretensões identificar os prejuízos dos ditos dos contextos nos comportamentos e tomada de decisão dos cirurgiões gerais sobre os tratamentos cirúrgicos adequado aos seus doentes. Na fase inicial desta investigação, que não contava com o imprevisto pandémico, as questões que colocamos prendiam-se meramente com a compreensão da manutenção das boas práticas médicas num contexto de restrição económica:

- Os cirurgiões gerais portugueses (balizados pelos princípios éticos que constituem os pilares da profissão médica) mantêm as boas práticas, independentemente das restrições económicas a que têm vindo a ser sujeitos?

As inerentes sub-questões visaram conhecer as variações comportamentais e os seus efeitos, bem como as eventuais diferenças sentidas na prática hospitalar do setor público *versus* a prática hospitalar do setor privado e a eventual influência de outros *stakeholders* na sua tomada de decisão:

1. De que modo estas restrições interferem na eficiência das escolhas dos cirurgiões?
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. Que *stakeholders* influenciam na tomada de decisão?

Em suma, a pretensão inicial desta pesquisa passava por aferir se os cirurgiões gerais, conduzidos pelo código deontológico da sua profissão, mantinham as suas boas práticas perante as restrições económicas e por compreender se este controlo económico afetava as suas decisões e as boas práticas médico-cirúrgicas no que concerne às opções de escolha de tratamento e utilização de tecnologias mais ajustadas a cada doente. Por outro lado, procuramos, através do método quantitativo, entender se algumas variáveis individuais como o género, a faixa etária, a categoria profissional, ou variáveis mais abrangentes, como a região de intervenção - determinada pela Administração Regional de Saúde (ARS) - a que pertence o grupo de hospital em que o cirurgião trabalha podem ter influência no tipo de resposta. A insurgência da pandemia no primeiro trimestre de 2020, que aportou um novo modo de estar na prestação dos cuidados de saúde e teve um impacto substancial na atividade cirúrgica, foi aproveitada, enquanto ‘evento especial’, para aprofundar as dificuldades que, entretanto, se verificaram no trajeto da cirurgia geral, tendo em conta a escassez de material que foi inicialmente identificada e, logo de seguida, a insuficiência de recursos humanos por via dos contágios, dos isolamentos inerentes e do confinamento obrigatório. Os objetivos iniciais do estudo não ficaram por isso comprometidos, tendo, sim, sido alargado o campo de visão e apreendidos outros pressupostos sobre a realidade dos agentes escolhidos. As questões iniciais foram, portanto, mantidas e atualizadas face ao novo contexto que, muito mais do que uma representação económica, constituiu um outro tipo de carência que nos obrigou a refletir sobre a capacidade de resposta destes profissionais às necessidades sociais e sobre a sua adaptabilidade à nova circunstância.

Para uma melhor clarificação, procedemos a uma identificação dos grupos de hospitais públicos, cuja principal diferença assenta em número de especialidades e nível de investimento. Saliente-se que os hospitais EPE (Entidade Pública Empresarial) auferem verbas distintas do Ministério da Saúde (MS), pela variabilidade de categorias, pelo que foi relevante para esta investigação obter amostra de todos os modelos de gestão. Existiam, à época, três hospitais com classificação de Parceria Público-Privada (PPP), instituições estas estruturalmente pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas cuja gestão estava contratualmente entregue a grandes grupos de saúde de capitais

nacional e estrangeiro. Tornou-se importante questionarmo-nos se existiam diferenças de perspetiva dos profissionais entre as instituições públicas e os hospitais de gestão privada, uma vez que os dois modelos apresentam características próprias e diferenciadas. As atividades pública e privada podem ser executadas, simultaneamente ou em exclusividade, pelos cirurgiões gerais, pelo que a perceção de uns e de outros importa para um mais profundo entendimento da realidade de cada um dos setores do sistema de saúde.

Estabelecemos uma ligação com os *stakeholders* mais próximos deste grupo profissional, por forma a apreender os seus pontos de vista sobre a importância dos fatores em estudo na atividade dos cirurgiões. Foram assim questionados a Ordem dos Médicos (OM), o Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, uma ARS, órgãos da Administração hospitalar, enfermeiros de bloco, gestores e administrativos da Direção de Logística/Compras, presidentes de Comissões de Ética hospitalar, gestores de Recursos Humanos e um familiar de uma doente, uma vez que todos eles estão diretamente envolvidos na atividade dos médicos e podem direta ou indiretamente interferir nas suas escolhas. Abordamos estes departamentos em hospitais EPE, PPP e em hospitais privados, embora a maior dificuldade de acesso aos últimos não tenha permitido a concretização de entrevistas a todos os *stakeholders*.

3 – Razões para a escolha do objeto de estudo

A complexidade do sistema e dos cuidados de saúde, a multiplicidade de tecnologias, a variedade das rotinas, a diversidade de eventos especiais (nomeadamente do evento COVID-19 que reconfigurou a estrutura deste estudo) e a hiperespecialização médico-cirúrgica tornaram-se características desafiantes para a realização deste trabalho. As obras etnográficas nacionais que serviram de inspiração a esta pesquisa, realizadas por Carapinheiro (1986), Serra (2008) e Correia (2012), marcaram a exploração dos meandros da centralidade hospitalar no Sistema de Saúde e sublinharam a importância da presença da sociologia da saúde em Portugal. Contudo, estas etnografias foram limitadas a um máximo de dois hospitais centrais, um dos motivos que reforçou a escolha de múltiplos hospitais, incluindo de grupos diversos, enquanto espaços de observação.

Carapinheiro (2005; p.89) escolheu o seu campo de observação em “serviços de medicina, em vez de serviços de cirurgia (...) orientada pela noção de que, sendo dois domínios igualmente importantes da ciência médica (...) o trabalho de campo ficava (...) facilitado num serviço de medicina”, essencialmente pela sua “exposição em lugares de fácil acesso ao olhar profano” e abdicou “do trabalho cirúrgico em blocos operatórios inacessíveis aos não profissionais”. Contrariamente à escolha da autora, a facilidade de acesso aos cirurgiões gerais, consequente da situação profissional da investigadora, privilegiou a escolha da especialidade de cirurgia geral nas diversas unidades hospitalares do continente, ao invés de optar por uma investigação noutras especialidades cirúrgicas e/ou médicas – que implicaria um maior investimento de tempo e recursos. Este período (2018-2021) foi considerado suficientemente longo para poder averiguar não somente os efeitos da conjuntural situação económica pós *Troika*, como também das consequências perversas do SARS-Cov2 na atividade cirúrgica, nos recursos, na autonomia e no estado anímico dos agentes em quem a investigação se fixa. Esta opção prendeu-se com a intenção de entendermos a organização e a reação dos profissionais às condições adversas em que mergulham e à forma como respondem no tratamento cirúrgico dos seus doentes.

A falta de evidência da correlação da economia da saúde com ética médica – que, apesar de ter sido já explorada noutros países (Abbott, 1983; Novello *et al.*; 1996; Beauchamp, 1998; Dwarswaard, Hilhorst and Trappenburg, 2011), não obteve ainda grande expressão nacional (*vd.* Piedade Silva, 2018) – foi outra motivação para a escolha deste cenário. As ‘greves’ e outras manifestações sociais na saúde nos anos pré-COVID assumiram a representação de reivindicações dos grupos profissionais do setor, num alargado período de encurtamento de recursos humanos e materiais, que prefiguraram a necessidade de um estudo minucioso, no caminho de uma melhor compreensão, tanto das causas como das consequências da ação médica. O reforço do conhecimento sobre as desmotivações que se apresentam no quotidiano hospitalar representou uma oportunidade, em termos empíricos, para identificar e analisar conceitos como o poder, a autonomia, a autoridade ou a dominância médica (Parsons, 1951; Goode, 1957; Greenwood, 1957; Carr-Saunders and Wilson, 1962; Merton, 1970; Freidson, 1974; Carapinheiro, 1986; Serra, 2007; Correia, 2012), tão amplamente debatidos na literatura sociológica das profissões. O mesmo pode dizer-se quanto à forma como todos os grupos profissionais aplicaram o seu profissionalismo e resiliência ao serviço da saúde contra um

vírus sobre o qual não havia referências nem informação suficientes – a não ser as notícias desencorajadoras que chegavam de outros países – que pudessem ser garante do bem-estar não somente dos seus doentes, como de si próprios e das suas famílias. Os condicionalismos sentidos pelos trabalhadores da saúde nas primeiras largas semanas de combate ao vírus, expuseram o país a uma realidade ambígua, e, em particular, os profissionais de saúde, conduzidos pela incerteza de ter ou não ter equipamentos de proteção individual ou de voltar ou não voltar para casa, depois do contacto direto e desprotegido com doentes e colegas potencialmente infetados. Foram muitas as dubiedades apreendidas na observação direta e nas entrevistas pessoais ou por videochamada (que se tornou uma imprescindível ferramenta digital para um contacto mais facilmente disponível no declarado estado de emergência). O contexto vivido nos últimos dois anos de investigação revelou uma reconfiguração da história dos hospitais portugueses e dos seus médicos, usufrutuários de um papel dominante na divisão social do trabalho (Freidson, 1970), permitiu repensar o sentido do conceito de ‘ordem negociada’ avançado por Strauss *et al.* (1963). Até que ponto este *modus operandi* reinventado impactou na atividade e nos comportamentos dos cirurgiões gerais, é uma análise que será discutida ao longo desta dissertação.

Assim, ao longo das páginas que se seguem, procuraremos esclarecer questões como: que peso tem uma economia deficitária na tomada de decisão dos cirurgiões gerais? Que valor apresenta a autoridade técnica dos médicos perante uma autoridade gestonária? Como classificar a autonomia profissional dos cirurgiões perante o cancelamento da cirurgia programada? Que poder caracteriza esta classe diante da escassez de material de proteção? Que dominância assume ante a impossibilidade de operar os seus doentes? Que poder-saber os protege do raciocínio toldado por horas de cirurgia sob um ‘escafandro’? Como se estabelece a nova relação com o doente?

4 – No terreno dos atores – obstáculos e facilidades

O terreno, como já veiculamos, foi circunscrito a instituições hospitalares continentais públicas, PPP e privadas, para podermos prosseguir com o reconhecimento das suas semelhanças ou diferenças. Por ser uma investigação multisituada, foram incluídos vinte e três hospitais públicos das ARS das zona norte, centro e sul do país, dos

Grupos I, II e III (*vd.* Anexo II) e excluídos *a priori* aqueles onde não se desenvolve atividade cirúrgica em bloco operatório, bem como centros especializados em oncologia (grupo IV), por serem centros especializados exclusivamente em cirurgia de tumores, sendo prioritários na contratação pública. Este alargado número foi resultado de uma percepção de que a realidade de cada hospital é única, rejeitando-se o pressuposto de transversalidade, em virtude da diferenciação hospitalar ser agrupada por capacidade de resposta, apesar de as dificuldades de acesso a recursos materiais não serem apanágio de uma única instituição e os obstáculos enfrentados pelos cirurgiões gerais também poderem ser, em algumas categorias, generalizáveis à escala nacional. No que concerne à atividade privada, a investigação resumiu-se a três hospitais, dois dos quais pertencentes a dois grandes grupos de saúde nacionais. Incluímos apenas um hospital em regime de PPP, por ausência de resposta dos restantes.

No que respeita às estratégias de acesso às unidades, para além do acesso proporcionado pelo desempenho da atividade profissional da investigadora (em moldes equiparáveis aos da autoetnografia) foram realizados contactos telefónicos e via e-mail com as instituições para obtenção de uma autorização formal de investigação. Se alguns hospitais reencaminhavam a sua decisão para a administração, outros direcionavam o assunto, ora para a direção de serviço, ora para a direção clínica. Alguns abstiveram-se de resposta. Nos casos em que a autorização foi concedida, e após a resolução das formalidades, a investigadora, mais conhecida como representante da multinacional produtora de implantes cirúrgicos, passou a apresentar-se como investigadora, o que não impediu que se mantivesse o nível de confiança e o à vontade precedentes, o que facilitou a observação participante. Constatamos uma aceitação generalizada do trabalho de investigação, sem levantamento de obstáculos à observação, e uma predisposição para o fornecimento de informação adicional, nomeadamente no que concerne a casos clínicos e patologias que exigem uma maior dedicação de tempo e recursos dos profissionais. Indubitavelmente, quanto maior a complexidade do paciente, maior a flexibilidade do cirurgião para elaborar sobre o assunto e explicar todas as *nuances* do problema e das soluções alternativas.

Após a definição do contexto, a pesquisa foi essencialmente realizada nas salas operatórias, onde os cirurgiões exercem a atividade na qual se especializaram, mas

também foram eleitas a consulta e a urgência como atividades secundárias. Determinamos previamente que a seleção de acontecimentos a observar incluía todas as rotinas, quaisquer acontecimentos especiais (previsíveis ou não) e acontecimentos potencialmente adversos, como emergências, crises e situações dramáticas (o que efetivamente se verificou aquando do 1.º surto pandémico). Os cirurgiões com os quais havia uma relação profissional anterior constituíram a amostragem intencional, mas a partir destes atingiu-se uma amostragem em bola de neve, com a referenciação dos primeiros para outros colegas que a investigadora não conhecia. Todos foram informados sobre os objetivos e planeamento da investigação, e consultados sobre a sua vontade de fazer ou não parte da mesma. Nenhum destes médicos declinou o desafio. Por consequência, o trabalho de observação foi realizado em turnos de oito horas – quando em serviço de urgência - ou dividido em tempos operatórios ou de consulta (manhãs ou tardes, de acordo com a escala dos cirurgiões), tendo consumido mais ou menos tempo, em função da complexidade e morosidade das tarefas. Este trabalho não se realizou num mesmo hospital em dias consecutivos, tendo sido dividido ao longo dos quatro anos pelas diferentes instituições ao longo de uma mesma semana, repetindo-se durante esse tempo e passando várias vezes pelo mesmo, com os mesmos ou com cirurgiões diferentes, estratégia maioritariamente definida em função da disponibilidade dos profissionais. Foi aproveitado o recurso ao bloco de notas para registo das observações no local. Este método foi essencial para a obtenção de dados em primeira mão, que permitiu compreender a racionalidade dos cirurgiões gerais e o seu *modus operandi*, o que facilitou a descoberta de uma realidade nestas instituições que não é perceptível do exterior. Este trabalho recorreu à descrição pormenorizada dos espaços, eventos e acontecimentos, que resultaram em diários de campo, revistos no final de cada ação de observação. Aproveitamos para esta monografia fotografias que melhor descrevem os espaços frequentados ao longo da investigação.

O estudo compreende essencialmente a presença física em cirurgias efetuadas nos blocos operatórios destes hospitais, locais onde diariamente são usadas tecnologias onerosas às instituições de saúde e onde frequentemente os profissionais são pressionados a racionalizá-las. O acesso à consulta e ao serviço de urgência em acompanhamento de cirurgiões foi conseguido com relativa facilidade, tendo alguns médicos optado por não revelar aos doentes a real natureza da presença da investigadora, apresentando-a como ‘colega’. Privilégiamos as conversas informais de café ou de refeitório, uma vez que

aportaram informação de utilidade sobre o comportamento dos médicos em modo descontraído. Símbolos, objetos e locais foram observados, descritos o mais pormenorizadamente possível e fotografadas, mediante autorização dos presentes. Esta observação consistiu em perceber as rotinas e outros acontecimentos, bem como em perceber as escolhas dos cirurgiões quando confrontados com tomadas de decisão essencialmente económicas. O desconhecimento de protocolos e de procedimentos habituais por parte da investigadora abriu a porta à colocação de questões antes impensáveis, conquanto os novos cenários assim o exigissem. O simples falar e interagir com o objeto em estudo permitiu descobrir novos horizontes sobre quem eram as pessoas, como veem e como agem. Fazer perguntas para entender o que elas pretendem, estreita a confiança no relacionamento e descobre detalhes do quotidiano que de outro modo não são perceptíveis a olho nu. O simples interesse da investigadora na mais banal das atividades do cirurgião já lhe permitia obter um cartão de entrada para outras descrições, outros cenários e outras histórias que ilustram bem a realidade que cada um destes médicos vive dentro das paredes dos hospitais.

Não obstante, a investigação passou por um momento crítico que impediu a etnografia aquando das medidas de confinamento impostas pela Direção Geral de Saúde (DGS) a partir de março de 2020, em função da pandemia. Assim, entre 13 de Março e 14 de Maio, o estudo decorreu utilizando técnicas de entrevista por videochamada, em função das restrições sociais. Os hospitais passaram a ser espaços de difícil acesso, pelo que outro rumo teve de ser tomado para não interromper a investigação e para poder apreender de que modo as tarefas, os recursos, os trajetos e os comportamentos dos cirurgiões gerais estavam a ser prejudicados pelo novo vírus. A partir de maio, a reentrada nos hospitais permitiu a continuidade do trabalho de campo.

5 – Organização metodológica

A investigação foi realizada em ambientes de vida real, mantendo, como sugere Mason (2002), relações genuínas e diálogos amáveis durante o acompanhamento das rotinas dos médicos a estudar. A utilização da abordagem mista, que potenciou entrevistas semiestruturadas, ações de *shadowing*, observação participante e não participante e o inquérito aos cirurgiões gerais foram, desde logo, adotados para a coleta de dados. O conhecimento do território proporcionado pelo desempenho de funções na empresa

distribuidora de dispositivos médicos implantáveis, levou a que, em 2016, a investigadora iniciasse a exploração das motivações dos cirurgiões perante os constrangimentos orçamentais a partir do Programa de Ajustamento da *Troika*, então no âmbito da sua dissertação de mestrado. A sua atividade profissional facilitaria a imersão no campo hospitalar, com elementos que beneficiariam a proximidade com os diversos profissionais, o que permitiu o aproveitamento do facto de a etnografia não ter uma tradição de investigação, em contextos institucionais, consolidada em Portugal, e sofrer de uma escassez de trabalhos sobre sistemas públicos, quer de educação, quer de saúde, políticas sociais, justiça, administração pública e ambiente (Lopes *et al.*, 2017). Trinta anos volvidos sobre o início da investigação sociológica nas instituições de saúde em Portugal, “a presença dos sociólogos é quase rara” (Carapinheiro, 2005, p.89), embora na atualidade já não seja vista como “a figura exótica e estranha, verdadeiros outsiders, que nada têm a dizer e a fazer, e cuja possibilidade de intervenção é ininteligível ao entendimento comum de todos os grupos sociais que fervilham à volta dos doentes” (*id.*). Na atualidade, os médicos querem ser vistos, ouvidos e observados nas suas tarefas, pois acreditam ser socialmente invisíveis no seu esforço, nas suas rotinas, nos tempos e na dedicação dispensados aos doentes e à instituição que servem, para além de vítimas de imposições organizacionais.

Apesar de a mera observação não ser garante de compreensão do fenómeno em estudo, muitas das etnografias médicas tiveram influência nas ciências sociais, na prática clínica e nas políticas públicas. Apesar de tudo, há uma certa limitação nesta abordagem que foi considerada para o estudo: se por um lado, não é possível observar etnograficamente 1700 cirurgiões gerais que trabalham nos hospitais portugueses (mas sabe-se muito mais sobre cada um deles), por outro, a promoção da complementaridade do método quantitativo, permitiu atingir toda ou a maior parte destes especialistas, tendo-se obtido uma amostra estatisticamente válida.

As metodologias traduzem os pressupostos mais gerais num conjunto de princípios claros: como se estuda uma realidade. Orientam a escolha e implementação dos métodos. Os múltiplos métodos escolhidos tornaram a pesquisa viável, possível, estratégica e enriquecedora; permitiu um saltar para o terreno depois de avaliada a teoria e representou uma escolha adequada à realidade que se pretendia estudar; reforçou o

pensamento crítico e formou conceitos à medida que a realidade foi sendo estudada, isolando o objeto a um tipo específico de médico: o cirurgião geral. Na esteira de Yin (2016), a pesquisa com recurso a metodologias mistas oferece uma alternativa pragmática, sendo que a análise ideal deve refletir uma relação integrada entre ambos os componentes para serem analisados e interpretados juntos, antes de se chegar às conclusões da pesquisa. Creswell (2014) sintetiza que a metodologia mista requer recolher e misturar ou integrar dados quantitativos e qualitativos num estudo. No mesmo prisma, Mason (2002, p.33) releva que há boas razões para usar múltiplos métodos e fontes de pesquisa. Se for com o objetivo de se corroborarem entre si, é um método de triangulação, em que os conjuntos de dados devem tratar o mesmo fenómeno ou ter dados comparáveis, o que exige integração de ângulos distintos da explicação (*id.*).

A mais valia desta pesquisa reside, então, nesta articulação e no reforço da compreensão etnográfica das instituições de saúde hospitalares e do indivíduo ‘cirurgião geral’, enquanto ponto central de análise no seu desempenho profissional, mas indissociável das suas determinantes sociais (Correia, 2012). Sem mergulhar profundamente nas turbulentas águas do objeto do estudo, numa difícil, mas contínua busca de objetividade e de uma perspetiva evolutiva sobre a própria investigação, não teríamos conseguido dados individuais que conduziram às nossas conclusões. O trabalho de campo tornou-se intensivo ao longo dos quatro anos, ultrapassando as barreiras naturais da COVID-19, e resultou na representação da realidade vivida pelos cirurgiões gerais em Portugal, perante os fenómenos externos agressores que invadem o seu espaço de ação. Através da etnografia que “implica (...) a imersão do investigador num ‘terreno’- expressão que designa não somente um local mas também um objeto de estudo - e a consequente observação intensiva de indivíduos, contextos e processos” (Lopes *et al.*, 2017, p. 40), a observação decorreu tanto com um acompanhamento enquanto investigadora das realidades médicas como no âmbito da sua atividade. Esta é a razão pela qual o resultado do trabalho de campo configura esta prática rara em contexto institucional em Portugal: a autoetnografia, ou seja, a variante da etnografia em que a investigadora já está integrada (profissionalmente ou de outro modo) no contexto que pretende estudar, um método que combinou as características da autobiografia com a etnografia (Ellis, Adams & Bochner, 2011), usando a observação participante, entrevistas, análise de artefactos e de formas de estar. A etnografia e a sua vertente

autoenográfica foram os métodos que melhor informação permitiram captar. Tiveram realçada expressão, essencialmente pela penetração nos campos intraorganizacionais desconhecidos e nas realidades quotidianas de trabalho, bem como na facilidade que aportou para a realização das entrevistas, para a redação de diários de campo, para os processos de *shadowing*, e para a observação participante em cenários de cirurgia, consulta e urgência.

Acrescentar a observação participante enquanto técnica qualitativa reforçou a interação com as pessoas estudadas, o que proporcionou um melhor entendimento do que elas pensam e pretendem e de como é o seu quotidiano, através de uma relação que, com alguns foi criada e com outros reforçada, o que em tudo valorizou a recolha da informação. Cada momento de observação trazia alguma informação que provocava uma reflexão que condicionava o momento seguinte. Quando a investigadora voltava a encontrar um dos entrevistados, isso servia sempre para acrescentar alguma informação à anterior, o que aportou um enriquecimento ao desenvolvimento da pesquisa, tornando-a mais madura na fase final e reforçando uma familiarização, não apenas com os agentes como com o terreno. A própria visão da investigadora mudou quando o seu papel mudou: a relação prévia com o objeto de estudo serviu apenas como plataforma de lançamento para o trabalho; não obstante, o universo a estudar assumiu novos padrões e novas cores perante o novo olhar então lançado. Se antes os observados eram médicos e enfermeiros que utilizavam técnicas cirúrgicas e próteses desenvolvidos pela sua empresa, agora estes eram atores de um amplo espaço onde economia, autonomia, ética, *burnout* e descontentamento colocavam a descoberto um novo ambiente, representando novos papéis e novas identidades sociais. A presença continuada da observadora não assumiu diferença substancial no comportamento destes atores que, de forma fluente, mantiveram as suas rotinas nos espaços mais ou menos formais que lhes são familiares, como se esta já fizesse parte dos acontecimentos e servisse, inclusivamente, para desabafar frustrações profissionais ou contar secretismos das tarefas que aos pares ou aos superiores não eram permitidas, sedimentando uma cumplicidade que se foi reforçando. Não foi visível qualquer desconforto na participação informal dos profissionais na presença da investigadora ou qualquer outra possível limitação provocada pelo decurso de um estudo que envolvia os seus comportamentos, atitudes e diálogos.

O *shadowing* – que consiste no acompanhamento da pessoa, sendo a sua sombra silenciosa – e a consequente recolha de notas escritas rápidas que permitem, ao final do dia, a elaboração de diários de campo, permitiu explicitar o que foi visto e ouvido durante o acompanhamento de cirurgiões e outros *stakeholders*, de modo a não generalizar a diversidade de pontos de vista. Os diários de campo foram elaborados com recolha de informação diante dos profissionais, enquanto exerciam a sua atividade, como sendo algo normal e sem suscitar questões sobre o que era redigido.

Os investigadores transformam-se quando aprendem a linguagem e se apropriam dos comportamentos dos nativos (Tedlock, 1991, pp.69-70). Na perspectiva da autora, o maior perigo para o trabalho de campo é a construção lógica da relação entre objetividade e subjetividade, cientista e nativo, o ‘eu’ e o ‘outro’ enquanto lados opostos da mesma ponte. O domínio da objetividade é propriedade do *outsider*, e porque a etnografia é produto e processo (p.72), as vidas dos etnógrafos estão imersas na experiência de campo de forma a que todas as interações envolvem escolhas, mesmo quando se afastam do produto etnográfico escrito final. Creswell (2014) acrescenta que a etnografia é como um desenho de inquérito que advém da antropologia e da sociologia, no qual o investigador estuda padrões de comportamentos, linguagens e ações de um grupo num ambiente natural e por um largo período de tempo, recolhendo dados através de, *e.g.*, observação e entrevistas. Na ótica de Mason (2002) as abordagens etnográficas envolvem uma amplitude de perspetivas e atividades, pelo que a ideia de aderir a uma posição etnográfica, como se apenas houvesse uma, não é aceitável (p.55). A etnografia assenta numa ontologia particular: é o estudo de uma cultura, baseada numa epistemologia que dita que a cultura pode ser conhecida através de definições culturais e sociais como fontes de dados, com ênfase nas experiências em primeira mão, nos métodos observacionais (*e.g.* geração de dados visuais ou condução de entrevistas) e nessa ‘imersão’ do etnógrafo no campo – uma das melhores formas de gerar conhecimento - que revela tudo sobre as orientações epistemológica e ontológica da etnografia, realça a autora. A propósito da etnografia pública, Tedlock (2007, pp.159-161) explica como um projeto da Universidade da Califórnia, que envolvia observação participante, documentou questões sociais emergentes como a privatização dos lares, a medicalização do cancro da mama e a libertação de lixo tóxico. Este trabalho demonstrou como a etnografia pode ter uma relevância e audiência globais, com trabalhos de campo ricos e empiricamente concretos.

Neste método é usada a observação da própria participação do etnógrafo para entender lamentos e prazeres da vida diária, o que exige da população uma educação e um envolvimento emocional que a move à ação. O pilar da autoetnografia representa um novo gênero que emergiu da prática da observação da participação dos etnógrafos, em que existe reflexão e crítica no engajamento com a sua participação na moldura etnográfica (Tedlock, 2007, p.151). O método cura a separação entre os reinos públicos e privado, ligando o impulso autobiográfico (do olhar para dentro) ao etnográfico (do olhar para fora).

Muncey (2005; p.84) confirma a importância da metodologia e da passagem da observação participante para a observação ‘do’ participante, enfatizando pela positiva a história individual, o que lhe confere uma existência vital enquanto metodologia qualitativa. Dolowitz e Sambrook (2012, p.83) e Junco e Vidal Ortiz (2011, pp.193-194), explicam que, em termos etimológicos, a palavra deriva do grego: ‘auto’ (*self*), ‘ethno’ (*ethnos*) e ‘graf’ (*grapho*) que significa fazer pesquisa e escrever sobre uma nação ou grupo de pessoas e o ‘eu’ (investigador), embora haja autores que defendam que os autoetnógrafos podem variar na ênfase que atribuem à ‘grafia’, ao ‘ethno’ e ao ‘auto’. Autores como Hayano (1982) - indicado como o primeiro a publicar o termo - Denzin (1997) e Pratt (2008) estiveram presentes ao longo dos tempos enquanto autoetnógrafos em antropologia e sociologia qualitativas enquanto Reed-Danahay (1997; 2001), Ellis (2007) e Anderson (2006) reviram o desenvolvimento do método desde as suas raízes antropológicas e sociológicas.

Na ótica de (Ellis, Adams e Bochner, 2011), um pesquisador usa princípios de autobiografia e etnografia para fazer e escrever autoetnografia, o que, para além de ser um método, é também processo e produto. As narrativas etnográficas exploram textos emoldurados em histórias que colocam a experiência do etnógrafo na descrição etnográfica e na análise dos outros.

Neste estudo, a autoetnografia, enquanto complemento à etnografia, beneficiou do uso da experiência profissional da investigadora e da sua memória para reforçar os dados do trabalho de campo. Foi positiva no âmbito da sua longa experiência enquanto *insider* num ambiente hospitalar agitado e no trabalho de décadas que definiu a sua relação com alguns cirurgiões, bem como o seu ponto de vista relativamente às suas

vivências profissionais. Não existindo trabalhos com perspectiva autoetnográfica e *inputs* de *insider* em Portugal, afigurou-se proveitoso utilizar o conhecimento leigo propiciado pela proximidade para transformá-lo em conhecimento pericial a acrescentar às perspectivas científicas existentes. Todavia, o cariz absolutamente subjetivo deste método, não deteriorou a busca de objetividade na visão sobre o objeto, apesar de não poder ser dissociado do mesmo; afinal, algumas pessoas e espaços eram já conhecidos e a simplicidade como foram abordados não teria sido facilitada caso não houvesse um histórico.

As entrevistas aplicadas possibilitaram não só valorizar o ponto de vista dos agentes, como também realçaram a amplitude e a profundidade da informação. Estas foram semiestruturadas, baseadas num guião de tópicos que os entrevistados foram desenvolvendo à medida da sua realidade, respostas estas que foram gerando outras questões não contempladas de início. O método permitiu captar significados e sentimentos sobre a forma como cada indivíduo vê a sua profissão e os fatores ambientais internos e externos. Foi possível recolher informação posteriormente analisada para caracterizar valores, atitudes e opiniões. E é certo que em muitas destas entrevistas se revelaram pormenores emocionais dos indivíduos mais envolvidos; cirurgiões que se consideravam mais dedicados à causa não se coibiram de emitir opiniões políticas e pessoais sobre a forma como eram controlados e fiscalizados pela administração e as condições em que trabalhavam ou as dificuldades enfrentadas no dia a dia dentro de um hospital, quer fosse na consulta, na urgência ou no bloco.

Aproveitamos as entrevistas realizadas entre Fevereiro e Março de 2018 a trinta e um cirurgiões, no âmbito da tese de mestrado da investigadora (Piedade Silva, 2018), pesquisa esta que aportou algumas linhas de orientação para a subsequente elaboração do inquérito e para a realização de novas entrevistas a partir do último trimestre de 2018 aos outros *stakeholders*. Os cirurgiões então entrevistados pertenciam aos diversos graus profissionais de especialista (assistentes, graduados, graduados sénior), incluindo-se nestes, chefes e diretores de serviço, não tendo existido seleção por grau, género ou idade e retiraram-se da amostra os internos da especialidade por ainda não terem autonomia de decisão. A abordagem inicial a cada entrevistado foi feita previamente à entrevista, ora pessoalmente (no hospital onde o profissional exerce atividade), ora por telefone ou

correio eletrónico, de forma a serem esclarecidas dúvidas sobre o anonimato da entrevistas, os objetivos e o tempo de duração da mesma. Os entrevistados da área de Gestão de Compras/Logística e enfermeiros foram maioritariamente definidos pela antiguidade do relacionamento profissional e da proximidade que a investigadora manteve com estes ao longo da investigação. No que concerne aos Administradores, Comités de Ética, ARS e Direção de Recursos Humanos, foram sendo solicitadas reuniões por correio eletrónico, através do e-mail institucional (ISEG) da investigadora, com informação dos objetivos das mesmas. As entrevistas aos *stakeholders* registaram a duração média de uma hora. Os cirurgiões e os enfermeiros, de modo geral, compreenderam os objetivos da pesquisa e os fins a que se destinava, sem necessidade de grandes formalidades, colocando somente algumas questões relativas à metodologia e à duração das entrevistas. Já as administrações e a direção logística, bem como as unidades de investigação, solicitaram informação formal adicional enquanto reforço do carácter académico do estudo, como sejam o parecer do comité de ética do ISEG, uma carta do orientador da investigação, um relatório da pesquisa e uma cópia das entrevistas semiestruturadas, nos quais basearam o seu parecer. Foram aproveitados para a dissertação todos os excertos de entrevistas relevantes ao estudo, após análise de conteúdo, que incluiu a análise das notas de campo. Esta análise proporcionou a construção de categorias e subcategorias que serão abordadas nos capítulos V e VI.

Como já referimos, a ampliação da seleção da amostra demarcou-se pela oportunidade e pelos novos contactos efetuados ao longo do estudo. Existiu, portanto, lugar para praticar um amplo modelo de investigação o qual apontou para uma complementaridade de informação, que resultou numa investigação fiável, validável e generalizável. Incluiu-se na investigação pesquisa documental, nomeadamente a Lei de Bases para a Saúde, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, a Declaração de Helsínquia e o Juramento Hipocrático, entre outros documentos relevantes para a prática cirúrgica, como diretrizes lançadas por sociedades internacionais para a prática cirúrgica durante a pandemia.

O método quantitativo utilizado teve um lugar proveitoso, uma vez que foi alargada a todos os cirurgiões a possibilidade de resposta e permitiu inferir sobre casos não estudados, seguindo uma perspetiva positivista e cumprindo os princípios da

validade, representatividade e replicabilidade que este tipo de análise requer. O inquérito por questionário aos cirurgiões gerais, foi aplicado no início do 1º período de quarentena e disponibilizado até ao último trimestre de 2020. O questionário foi constituído por cerca de cinquenta questões relacionadas com os constrangimentos económicos e a sua possível implicação com as *leges artis*, definidas no Código Deontológico da Ordem dos Médicos. O original foi enviado para o Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral, e, conseqüentemente, divulgado na sua página oficial online, de modo acessível a todos os cirurgiões gerais inscritos na OM. Este permitiu realizar uma análise estatística através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Dos cerca de 1700 cirurgiões gerais inscritos, obteve-se uma amostra de 150 respondentes válidos.

CAPÍTULO I – TEORIA SOCIOLÓGICA

I.1 – Das Ocupações às Profissões: Contributos da Sociologia das Profissões

A sociologia das organizações, a sociologia das profissões e a sociologia da saúde, em conjunto, firmam uma amplitude de conhecimento relativo às dinâmicas das organizações e às práticas das profissões de saúde (Correia, 2012; Tavares, 2019). Para Tavares (2019), o conceito de profissões nasce a partir da abordagem sociológica do fenómeno das ocupações desenvolvida pela corrente funcionalista norte-americana e, através das teorias weberianas, acaba por tornar-se um campo autónomo da sociologia. O conceito desenvolve-se a partir de duas leituras: a dos países de língua inglesa – em que assume um sentido de qualificação – e a dos países de origem do latim – em que o conceito é definido por um sentido de ocupação ou ofício. A partir de 1930, acrescenta o autor, a corrente funcionalista procurou circunscrever a sociologia das profissões através de um ideal-tipo. O ideal-tipo das profissões foi preconizado por autores como Parsons, Goode, Merton, Carr Saunders e Wilson. Mais tarde, Freidson dá o seu contributo a partir de uma perspectiva interacionista, com a análise dos grupos profissionais. O ideal-tipo corresponde à forma mais pura, embora não sendo a mais generalista, pelo que os critérios que legitimam as características das profissões se baseiam num “corpo sistemático de teoria, de formação específica, de uma ideologia, de monopólio sobre um determinado campo de trabalho e de autonomia” (Tavares, 2019; p.135). Na esteira de Weber (1984), o sentido de profissão corresponde à especialização e coordenação de serviços prestados pelo indivíduo, que, através de uma remuneração, são a âncora da sua subsistência. A medicina é um modelo no ideal-tipo weberiano das profissões, e os grupos profissionais que operam na saúde (nomeadamente a profissão médica) são objeto de investigação sociológica privilegiado, o que justifica a forte relação entre a sociologia da saúde e a sociologia das profissões.

A ênfase da sociologia das profissões concentra-se, portanto, na formação específica e na valorização dos profissionais e dos seus papéis na estrutura social, criando uma identificação dos grupos sociais que atesta a teoria da divisão social do trabalho de Durkheim. Esta teoria enfatiza que a atividade de uma profissão não pode ser

regulamentada de modo eficaz senão por um grupo que lhe seja próximo e que conheça bem o seu funcionamento, por forma a entender as suas necessidades e poder seguir as suas variações (Durkheim, 1978). Através desta exposição, Durkheim descreve o grupo profissional que corresponde a uma organização num mesmo corpo, a qual mantém relações entre si, partilhando uma moral profissional “capaz de conter os egoísmos individuais” (p.8), em função de uma divisão técnica e funcional de tarefas em prol do desenvolvimento da sociedade. Esta moral profissional das organizações, pedra angular na obra de Durkheim, pode servir para entender a dinâmica organizacional de alguns segmentos profissionais, como a medicina, que se caracterizam sociologicamente por uma elevada detenção de poder e, uma vez que o autor considera haver tantas morais como profissões, esta deve ser preservada por cada grupo profissional.

A literatura sociológica foi, ao longo dos tempos, tornando consensual a definição de profissão que associa um corpo esotérico de conhecimento a uma orientação para um ideal de serviço. Os primeiros passos para a definição e conceptualização de ‘profissão’ foram dados por Carr-Saunders em 1934, numa entrada da Enciclopédia de Ciências Sociais. Carr-Saunders and Wilson (1962) reconhecem a profissão como uma vocação exercida por uma quantidade definida de pessoas que praticam uma técnica definida, sedimentada em formação intelectual especializada e prolongada, a qual permite que uma tarefa em particular possa ser realizada. Na ótica dos autores, já na Europa dos tempos medievais, professores, administradores, advogados e médicos recebiam uma formação formal mais prolongada, compondo, deste modo, uma classe diferenciada, caracterizada pela posse de técnicas intelectuais conseguidas por via de formação especial que distinguiam a profissão e poderiam aplicar-se à esfera da vida quotidiana. Cirurgiões e boticários organizavam-se em ‘guildas’ e, com o incrementar da sua instrução, ganhavam um *status*. Mais tarde, e dada a autoridade dos Estados sobre as universidades, algumas profissões, como a medicina e o direito (que prestavam serviços vitais ou de elevado grau fiduciário), vieram a regular-se pelo Estado, embora variando de norma entre países, através da atribuição de licenças que reforçaram a exclusividade da prática. As associações profissionais criaram os seus próprios testes de competência e estabeleceram códigos de ética que excluía quem os não cumpria. No caso da medicina, salienta Tavares (2019), tornaram-se supervisionadas por conselhos médicos, como é o caso português da Ordem dos Médicos.

Talcott Parsons (1951) realça a importância dos papéis representados pela relação profissional-cliente e o trabalho dos grupos profissionais para o atendimento das necessidades da sociedade. O controlo social da medicina foi inicialmente definido pelo teórico funcionalista, autor que retrata sociologicamente a doença como uma forma de desvio e o “papel de doente” – uma condição não somente biológica, mas também carregada de normas e valores sociais afetas a esse mesmo papel – como um mecanismo de controlo social. Este mecanismo de controlo social assenta nos direitos e nos deveres não somente do doente, mas também do médico. Este último assume essencialmente uma postura paternalista, pelo elevado grau de controlo sobre o doente. Para Parsons, profissão, trabalho e formação estão intimamente relacionados, e o processo de profissionalização é o garante da socialização dos profissionais; a universidade representa a base da profissão e os profissionais cumprem uma missão social. O autor assume a diferença entre profissão e ocupação e define a profissionalização como o topo da estratificação ocupacional. No caso específico da medicina, o papel desempenhado pelo médico obedece aos critérios dos papéis ‘profissionais’, uma subclasse de um maior número de papéis ocupacionais, que representa uma função especializada e um trabalho a tempo inteiro. Um dos pilares da divisão do trabalho encontra base na especialização das competências técnicas e o papel do médico é um *continuum* crescente de elevados níveis de competências técnicas requeridas para o desempenho da tarefa (Parsons, 2005, p. 292). As competências técnicas elevadas implicam especificidade da função, uma perícia que torna o médico um *expert* na função. Quanto à relação com o seu ‘cliente’ (o doente), a sua obrigação é a de orientação pelo seu bem-estar, enquanto a deste último é a de “fazer a sua parte” com o melhor da sua capacidade (*id.*, p. 295).

Goode (1957) afirma que as profissões são comunidades sem *locus* físico, assentes nas seguintes características: os seus membros comungam de um sentido de identidade e uma vez inseridos, poucos saem; os membros partilham valores comuns; as definições de papéis são acordadas por membros e não membros e são iguais para todos os membros; nas áreas de ação há uma linguagem comum, dificilmente perceptível por terceiros; a comunidade tem poder sobre os seus membros e os seus limites são relativamente claros, muito embora não sejam físicos ou geográficos, mas sim sociais; apesar de não produzir biologicamente a geração seguinte, fá-lo sociologicamente ao controlar a seleção de aprendizes da profissão e, através dos processos de formação, acompanha estes

aprendizes ao longo de um processo adulto de socialização (*id.*, p.194). No ponto de vista de Goode, o elitismo de qualquer profissão reside numa identidade comum e num sentido de pertença à comunidade. Os profissionais gozam do vértice do prestígio dentro do sistema das ocupações, uma vez que podem controlar admissões e comportamentos profissionais e possuem o monopólio de habilidades específicas, motivo pelo qual as suas remunerações são superiores às de outras ocupações. Para o autor, a sociedade concede aos grupos profissionais o controlo social sobre as profissões pois, enquanto comunidades, intermedeiam sociedade e profissões.

Em linha com o postulado funcionalista, Merton (1970; p.130) acrescenta a distinção entre funções manifestas – que se referem às “consequências objetivas para uma unidade especificada (pessoa, subgrupo, sistema social ou cultural), a qual contribui para o seu ajustamento ou adaptação e assim é intencionada” – e funções latentes – que reportam às “consequências não intencionadas e não reconhecidas da mesma ordem”. Nesta ordem de ideias, o grupo profissional assume uma função manifesta, cumprindo funções esperadas para os membros do grupo e para o sistema social, mas também pode cumprir funções latentes, não esperadas pelo grupo e cujo desempenho pode reforçar a identidade do grupo (*id.*, p.131). Aplicada à medicina, a distinção estabelece a fronteira entre os profissionais vocacionados, que se formaram e obtiveram o seu diploma, dos não profissionais, que não passaram por esse percurso. A formação profissional tem a função manifesta de igualar os formandos e a latente de formalizar uma hierarquia entre esses e os não profissionais, conclui o autor.

Num registo um pouco mais afastado do funcionalista, Abbott (1988) considera o sistema das profissões como um todo e introduz o conceito de competição entre os grupos profissionais que disputam áreas particulares da divisão do trabalho. Na sua teoria, o maior grau de abstração do conhecimento é aquilo que confere o poder a um grupo profissional. O autor afirma que as profissões dominam o mundo e os profissionais tratam do corpo e salvam a alma, pois têm a seu cargo resolver problemas de vida e morte, de justiça e sobrevivência, de bem-estar e riqueza, e do controlo do risco e da incerteza. Contudo, insiste Abbott, para alguns, o conhecimento e as competências dos profissionais são valorizados, enquanto, para outros, as profissões são sinónimo de monopólio, privilégios e exploração. O sistema de profissões demonstra uma ligação (jurisdição)

entre um grupo profissional e a especificidade do seu conhecimento, fator este que fundamenta a autonomização do grupo.

Em defesa dos atributos de uma profissão, um dos grandes contributos para a profissionalização do trabalho social é o de Greenwood (1957), que sugere que, na literatura sociológica das ocupações, existe um consenso de cinco atributos que distinguem as ocupações profissionais das não profissionais: a teoria sistemática, a autoridade, a sanção pela comunidade, o código ético e a cultura profissional. Contudo, o mesmo autor realça que também as ocupações não profissionais, dotadas de menos *skills* (competências), possuem estes mesmos atributos, embora num grau menor, pelo que a diferença entre estas duas denominações consiste no elemento da “competência superior”, derivado de um “fundo de conhecimento que foi organizado num sistema internamente consistente denominado de corpo de teoria” (*id.*, p.46, tradução livre).

A teoria serve, então, como base, nos termos da qual o profissional racionaliza os seus procedimentos em situações concretas. O autor inclui, por exemplo, a *performance* de um cirurgião como um modelo de profissionalismo, ou de *skill* superior, dado o envolvimento de uma série de procedimentos invulgarmente complexos. Assim, Greenwood salienta que a autoridade profissional tem origem numa formação intensiva e prolongada na teoria sistemática de uma matéria, a qual oferece ao profissional um tipo de conhecimento que o separa do leigo. Numa relação ‘profissional’, o cliente acomoda o julgamento do profissional, sem contradição, pois não possui as bases teóricas que lhe permitam diagnosticar as suas necessidades. O monopólio do julgamento é conferido ao profissional pela sua autoridade, muito embora esta esteja limitada à sua esfera de conhecimento (o que Parsons, como se referiu atrás, denominou de especificidade funcional). Mais adiante tratar-se-á a temática da autoridade em medicina. No que concerne ao terceiro atributo, o autor explica que a comunidade deve aprovar os privilégios e poderes do profissional pelas vias formal (através do reforço da autoridade pública) ou informal (imunidade de julgamento público em matérias técnicas), que reforçam o monopólio da sua autoridade. O ponto seguinte refere-se ao atributo da regulação através de um código de ética; a criação de um código de conduta aplicável aos membros das profissões confere confiança à comunidade e assegura a uniformização dos comportamentos do grupo. Por fim, temos a cultura profissional, descrita por Greenwood

(1957) como uma configuração social única da profissão, gerada pelas interações dos papéis sociais requeridos pelos grupos formais e informais dos membros e que formam os valores sociais da profissão, cuja base sólida são as suas crenças e premissas inquestionáveis.

Na mesma linha de pensamento, Glazer (1974) chama a atenção para uma evolução do conhecimento especializado com a introdução da formação especializada. Se no passado a aprendizagem das ocupações que envolviam lidar com outros seres humanos, em vez da manipulação de objetos materiais ou máquinas, assentava na prática e na orientação de pessoas experientes (conhecimento empírico), o evoluir do conhecimento exigiu a criação de cursos de estudos mais gerais, calculados e prolongados. No que respeita à medicina, o autor argumenta que as ocupações que tocam em coisas sérias, como a saúde e doença, não podem ser ensinadas em breves cursos especializados.

Moore e Rosenblum (1970) posicionam a emergência das profissões na Idade Média e Renascença, quando se iniciou a competição entre as soluções racionais e as tradicionais. A título de exemplo, oferece o Shaman e o Shamanismo, originários de tribos siberianas ágrafas, como o protótipo do profissional (médico) contemporâneo, cuja atividade residia em alegadas forças espirituais direcionadas para as vicissitudes práticas da dura vida humana, assumindo um papel especial na comunidade. Esse papel é transversal à atualidade, pois as questões de vida e de morte são intrínsecas à condição humana. Os autores avaliam a institucionalização dos papéis profissionais com um caráter distinto na sociedade, e não as profissões em si, desenvolvendo uma escala de profissionalismo que compila seis critérios para definir a profissão: uma ocupação a tempo inteiro que permite que o trabalhador afaça e dependa de uma remuneração; o compromisso com o trabalho (ou identidade profissional com a internalização das normas reguladoras); a organização, de modo a conseguir um alinhamento com os interesses organizacionais; a formação prolongada em instituições de ensino; o serviço e a atuação de acordo com os interesses dos clientes, dentro das competências profissionais ajustadas, e, por fim, a autonomia no ajuizamento profissional dos problemas dos seus clientes. Os mesmos autores estabelecem a distinção entre o ‘verdadeiro’ profissional e o ‘quasi-profissional’, argumentando que o primeiro lida com uma clientela específica que é

“vitalmente afetada pela competência e qualidade do serviço desempenhado” (*id.*, p.3, tradução livre). Reforçam ainda a ligação direta e inquestionável entre profissionalismo e desenvolvimento económico, explicando que, apesar de tudo, na América, a percentagem de profissionais em 1966 era apenas de 13%, sendo, na época, reconhecida uma maior necessidade de profissionais nas áreas da medicina, saúde pública e engenharia. Nas especializações de formação extensa, os papéis ocupacionais, destacam, são desempenhados por uma minoria.

Wilensky (1964) argumenta a profissionalização em função da especialização, da transferibilidade das competências técnicas, da proliferação da standardização do trabalho, e da certificação ou licenciamento. Relaciona o crescimento das ocupações com a importância da autonomia, em virtude da perícia e do ideal de serviço. O autor alerta que a burocracia pode enfraquecer o ideal de serviço (mais do que ameaçar a autonomia) e que uma orientação para o cliente mina o controlo dos colegas e as normas profissionais. Também ele distingue profissão de ocupação, relevando o carácter técnico da tarefa e a importância de um corpo sistemático de conhecimento adquirido através da formação. Para atingir um ideal de trabalho, Willensky realça que devem existir condições para manter o profissionalismo e uma autoconsciência das limitações técnicas individuais, que sugerem o reencaminhamento para outros pares capazes. Assim, o grau de profissionalização é orientado pela competência técnica, mas também pelo apelo ao ideal de trabalho e às normas de suporte à conduta profissional. O autor estabelece os pontos fulcrais para um processo de profissionalização, designadamente: o trabalho deve ser, por necessidade social, a tempo integral; a transmissibilidade do conhecimento deve ser feita por pares experientes através de instituições de ensino e formação; a definição de perfis profissionais para criação de uma identidade de grupo que originará a associação profissional; a regulamentação da profissão como garante do monopólio de competência do saber e da prática profissional; e a adoção de um código de ética com um enquadramento de regras e normas profissionais orientadas pelo direito de expulsão dos não aptos ou não qualificados para a prática. Destaque é dado ao médico, cuja autoridade e responsabilidade, frequentemente exercidas em condições de urgência, o coloca no topo da escala de prestígio; a diversidade de clientes (em atividade pública ou privada) inibe a sua dependência de um único cliente. Mais adiante abordaremos a temática da autonomia e da vulnerabilidade dos médicos em cenários de cariz gestor.

O contributo dos interacionistas da Escola de Chicago para o desenvolvimento da sociologia das profissões teve particular impacto na abordagem metodológica, advogando uma atenção à relação entre indivíduos num mesmo espaço social e uma maior preocupação com a análise qualitativa, estabelecendo margens de diferença, por exemplo, na comparação de duas profissões num mesmo estudo de caso. Everett Cherington Hughes (1964) identifica uma relação entre profissões e religiões e destriça profissões essenciais à sociedade (que representam o sagrado pelo desempenho de papéis fulcrais) e sociedade essencial às profissões (que representam o profano por serem profissões secundárias). O autor destaca que a divisão do trabalho implica interação, uma vez que não consiste na diferença entre os tipos de trabalho de duas pessoas, mas na visão da realização das tarefas como um todo, cujo produto final é o contributo de todos (p.68). Do seu ponto de vista, o estudo adequado da divisão do trabalho incluirá um olhar para qualquer sistema de trabalho do prisma de todos os tipos de pessoas envolvidas nele, quer a sua posição seja alta ou baixa, quer estejam no centro ou perto da periferia do sistema (*id.*, p.77). Hughes sustenta que a divisão do trabalho médico reside em duas características: por um lado, no nível de confiança do público nas competências técnicas e na boa-fé do sistema médico, que são ambas muito elevadas e, por outro, no pressuposto de que praticamente todas as funções médicas foram atraídas para um grande sistema de instituições interligadas, sobre as quais os médicos têm um enorme controlo (*ibid.*, p.72). Na consideração da profissão médica como o protótipo de uma profissão de aprendizagem intensiva e de prestígio, cujos praticantes fazem coisas ‘para’ os outros (*ibidem*, p.70), o autor sugere que “o membro modelo da profissão é um homem de certas habilidades e conhecimentos, aquele que mantém o equilíbrio adequado entre as atividades mais e menos valorizadas da profissão, e que desempenha bem o seu papel em relação a si mesmo, aos seus colegas, a outro pessoal no trabalho médico, e para com os seus pacientes e o público” (Hughes, 1964; p.123, tradução livre).

Apesar de manter algumas características do funcionalismo, Freidson (1974), que se reconhece como interacionista simbólico, questiona as ideologias profissionais e incorre na primeira análise sociológica da profissão (enquanto tipo especial de ocupação e enquanto ‘profissão’) de medicina, utilizando a abordagem da sociologia do conhecimento para analisar em detalhe a profissão e o seu papel na divisão do trabalho. O sociólogo explora as relações de autoridade, a autonomia profissional e as estratégias

de monopólio da profissão de médico, resumindo a profissão a três características essenciais: a autonomia técnica, a perícia adquirida através do conhecimento e o licenciamento, o que o aproxima da corrente funcionalista. Assim, os elementos fulcrais do processo de profissionalização são a mão-de-obra especializada adquirida através de um corpo de conhecimento particular e uma ética aplicada ao uso desse conhecimento e *skills*. Freidson defende a existência de escolas próprias para a formação do profissional, do licenciamento, da regulamentação e de diretrizes para a execução do trabalho. No seu ponto de vista, a sociedade, parte do Estado, é constituída por pessoas que seguem regras de conduta social, legal e ética e se relacionam entre si, formando uma identidade própria e um sentido de pertença. No seu trabalho *Profession of Medicine* (1974), Freidson procura aferir a relação entre médico e doente e analisar as diferenças e disputas intraprofissionais, de modo a construir as identidades profissionais dos grupos. O autor confessa ser difícil destringir os conceitos de ocupação e de profissão, muito por via da utilização da palavra por todos os grupos ocupacionais, mas assume que, conceptualmente, a medicina não tem outra definição senão a de ‘profissão’ (*id.*, pp. 4-5). Aliás, constata que a medicina tem um papel dominante na estruturação da divisão social do trabalho e amplia a discussão para outras ocupações na área da saúde.

A par de Wilensky, Freidson alinha a autonomia médica com o prestígio, autoridade e responsabilidade, através do comparativo com outros grupos profissionais de saúde (como os enfermeiros) e explica que, para essa autonomia ser viável, o médico deve trabalhar sozinho e não assumir relações de longo prazo com os doentes. Ele deve ser capaz de interromper a relação com o doente e estabelecer uma cobrança por serviço e não por um contrato, o que se traduz na liberdade de trabalhar por conta própria – aqui há uma clara destringência entre a autonomia técnica do seu trabalho e a autonomia socioeconómica, explicando o autor que, neste grupo profissional, a primeira não se deixa afetar pela segunda. Aliás, na sua análise, Freidson defende que o saber técnico nunca se dissocia das realidades (constrangidas ou não) em que o profissional médico atua.

Larson (2017), socióloga de inspiração marxista, explica o aparecimento do profissionalismo como um fenómeno socioeconómico peculiar do capitalismo, enquanto resultado da grande transformação, que destruiu o elitismo tradicional que protegia as profissões clássicas como a medicina e o direito. Enquanto um novo mercado, que

dominava a sociedade, se revestia de ameaças para os profissionais – apesar de lhes proporcionar ao mesmo tempo novas oportunidades com o aparecimento de uma classe média –, o objetivo fundamental do profissionalismo passou a ser a valorização do *status* económico e social dos profissionais, principalmente pela busca do ‘monopólio’. As práticas monopolistas e o controlo da formação profissional são vistos pela autora como órgãos promotores da desigualdade e da sua legitimação numa sociedade capitalista. Profissionalização, para Larson, consiste na soma de dois pilares estruturais: conhecimento abstrato, suficientemente específico na sua utilidade, e mercado, que define o público da profissão. Em contraposição a Freidson, Larson (1977) afirma que os elementos cognitivos e normativos de definição da profissão são importantes, mas “não devem ser vistos como características estáveis e fixas, cuja acumulação permite gradualmente que uma ocupação se aproxime da constelação ‘completa’ de características profissionais (...). Eles podem ser usados (com maior ou menor sucesso) como argumentos num processo que envolve tanto luta quanto persuasão.” (*id.*, p.7). A base cognitiva deve ser sujeita a mudanças constantes que reforcem a inacessibilidade da perícia, de modo a que a sociedade a entenda como um progresso. Para a autora, nesse processo, as pessoas procuram negociar os limites e exercer controlo sobre uma área da divisão social do trabalho. Os ganhos de autonomia profissional conseguidos através da aquisição de conhecimento que lhe confere poderes de autoavaliação e autocontrolo podem traduzir-se em ausência de regulamentação. Para além disso, essa autonomia não se desvincula de imposições ambientais (elementos constrangedores de uma profissão que definem o grau de monopólio da competência). Na medicina, tanto o consumidor individualizado (o doente), que representa a natureza vital da necessidade (vida ou morte), como a garantia do Estado para o exercício do monopólio, não são suficientes para assegurar a autonomia e o monopólio (*ibid.*). Os médicos executam diretamente a sua atividade, não delegando a essência da sua ação profissional, e a relação com o doente é pessoal e intransmissível, ao contrário de outras profissões; por exemplo, a autora compara medicina com engenharia para reforçar a autonomia da primeira.

Através deste contributo da sociologia das profissões, pode concluir-se que a medicina aufero do estatuto de ‘profissão’ por representar um corpo de teoria, formação específica e ideologia. Estas características sublinham um monopólio sobre um campo de trabalho que confere autonomia aos seus ‘profissionais’, ou praticantes especializados, e

lhes garante uma subsistência legitimada por uma inerente remuneração. A formação específica, intensiva e prolongada no tempo, resulta numa valorização dos indivíduos, na partilha de uma moral profissional que se concretiza num código ético, e na orientação para um ideal de serviço à sociedade, que promove o atendimento às necessidades sociais. A *expertise* resultante da conjugação do exercício intelectual com a especialização, que se resume a um corpo de conhecimento particular, confere uma identidade aos membros, um sentido de pertença ao grupo, autoridade e prestígio.

1.1.1 – Autonomia: poder e autoridade médica

Os autores que contribuíram para o desenvolvimento da sociologia das profissões foram, ao longo dos tempos, debatendo a relação da autonomia profissional com o poder e a dominação, utilizando o paradigmático exemplo das profissões médica e do direito. Para esta discussão, é inabalável o contributo dos estudos de Freidson sobre a autoridade profissional e a aquisição de um poder profissional de dimensões incomparáveis por parte dos médicos, tendo em conta a sua superior autoridade no que respeita à definição de ‘doença’, de ‘doente’ e de ‘cura’.

Johnson (1972) encontra no profissionalismo um modelo de controlo ocupacional que estrutura em três tipos: o colegial, em que o profissional identifica e atende às necessidades do indivíduo; o patrocinado, cuja ordem é invertida, ou seja, é o próprio indivíduo que define e resolve as suas necessidades; e o mediado, onde figura um mediador na definição das necessidades e da sua resolução, como o Estado. Argumenta que o profissionalismo e o elevado crescimento de profissionais foi gradualmente sendo aceite pelas ciências sociais como um fenómeno das sociedades industrializadas. Com o seu livro “Profissões e Poder”, em 1972, Johnson destacou-se na sociologia das profissões como um dos primeiros sociólogos a relacionar profissões e luta por poder social. Para ele, o poder profissional inclui-se na luta pelo poder das diferentes classes sociais. Quanto ao monopólio dos grupos profissionais, o autor revela que as maiores funções colegiais dos grupos ocupacionais são levadas a cabo por uma associação de praticantes (a guilda, como já mencionamos), a qual concede *status* e identidade e tenta sustentar interesses e políticas uniformes entre os membros, através da imposição de um monopólio da prática,

e regulamentar o acesso à prática (id., p.54) – uma justificação alinhada com o posicionamento consensual na sociologia das profissões.

Revisitando Larson (1977), podemos aferir que os processos de profissionalização gozam do apoio do Estado para reconhecimento, regulamentação e até mesmo da disponibilização da sua estrutura burocrática para a realização de atividades. Estes processos são estratégicos na defesa de um monopólio no mercado para a obtenção de poder e estatuto sociais, bem como na sobreposição de grupos dominantes sobre outros grupos profissionais quando se trata de lutas por remuneração e prestígio, o que, para a autora, representa uma desigualdade estrutural. O poder profissional assenta no controlo sobre o conhecimento e o sistema de ensino, que limitam o mercado e, assim, permite uma criação de necessidades para um determinado serviço que só o grupo profissional pode satisfazer. O monopólio e o fechamento sobre o mercado de serviços profissionais dão-se através desse controlo de acesso à profissão e do sistema de licenciamento. O fechamento, por exclusão e competição com outros grupos em busca de um interesse coletivo de servir a sociedade, conclui, permite a maximização dos seus recursos e tem legitimidade jurídica. O valor destes recursos é traduzido pela sua escassez – o que explica o ‘fechamento’.

Na teoria credencialista de Collins (1988), apoiada nos postulados das classes de Weber, os grupos de estatuto social, estratificação e educação, que contribuem amplamente para o desenvolvimento económico social, estão estritamente ligados e afirmam o *status* das profissões. A meritocracia é analisada como uma ideologia da classe média que serve a estratificação social e aponta a qualificação, através da certificação, como o meio de conseguir destacar-se no mercado de trabalho. Collins sublinha que as associações profissionais usufruem de elevado poder no monopólio do mercado de trabalho.

Numa visão mais profunda sobre a autoridade médica enquanto meio de controlo ancorado em legitimidade e dependência, Starr (1984; p.3) analisa a soberania, o poder económico e a influência dos médicos na América desde o início até meados do século XX. “A medicina moderna é uma dessas extraordinárias obras da razão: um elaborado sistema de conhecimento especializado, procedimentos técnicos e regras de comportamento” (id., p.3), refere, acrescentando que a profissão médica exerce um poder

profissional legitimado pela sociedade e gerado pela independência obtida pela via do conhecimento, competências e processos terapêuticos para lidar com as circunstâncias da doença, “valores de importância inegável para os seus clientes e para a sociedade” (*ibid.*, p.4, tradução livre). Estes são, segundo Starr, motivos que justificam que os médicos exerçam uma autoridade sobre os doentes, sobre os parceiros no campo de trabalho e sobre o público em geral. Neste contexto, a autoridade profissional assenta nos pressupostos da sua validação pela comunidade e pelos pares, numa competência e conhecimento cientificamente validados e numa orientação de comportamento para valores essenciais ao serviço da sociedade – o que, tal como atrás se sublinhou, são postulados da corrente funcionalista.

Outra proposta de ascendência weberiana para a descrição de ‘profissão’ é apresentada por Elias (1964), que realça a importância da formação adequada, mas também a relevância do papel do conflito profissional na materialização das profissões, acentuando o valor das associações profissionais como mediadoras da competição profissional e garante do carácter distintivo dos profissionais. Aliás, esta visão é partilhada por Bourdieu (2007), que atribui um papel de elevado valor ao conflito no âmbito profissional, enquanto define a profissão como um grupo social que se mune de recursos sociais (institucionais e individuais), tendo as instituições um papel igualmente valorizável na criação da identidade das profissões, e os profissionais, uma função preponderante na luta pelo poder e monopólio de atuação profissional. O autor subscreeve a importância do papel da formação superior para a valorização dos grupos profissionais na sociedade, sendo um fator distintivo das classes e que molda comportamentos, pensamentos e visões do mundo. No mesmo alinhamento, Tavares (2019, p.166) reforça que as instituições de ensino superior e as instituições em contexto de trabalho são veículos de processos de socialização que difundem parte da cultura e identidade profissional. Através delas transmitem-se valores, normas, ideias e sentimentos, aspetos morais e éticos que condicionam a postura e o sentido de pertença ao desempenho da atividade profissional (*id.*, p.168). Apesar do reconhecimento generalizado por parte dos autores da sociologia das profissões, da importância do poder, da autoridade e da dominância médicas, não pode ignorar-se o facto de que o primeiro ‘encantador’ (ou *medicine man*) da Idade Média, que testemunhou a coincidência de ver ressuscitado o doente logo após um ‘encantamento’, não representou sempre a história desta classe,

sendo certo que, na Roma Antiga, os médicos ou boticários eram escravos e, ao longo da história europeia do século XVIII, o médico lutava para entrar na nobreza e comprar um título. Nem todos os países do mundo remuneraram os médicos como os americanos, tal como foi previamente referido, pelo que estes não usufruem do mesmo estatuto em todas as sociedades (*ibid.*).

Retomando a questão do fechamento, Freidson (2000) sugere que sem a sua existência não se concretiza o desenvolvimento disciplinar do corpo formalizado de conhecimentos que requer a existência de grupos sociais, cujos membros se identificam pela prática e aprendizagem, distinguindo-se pelo conjunto de tarefas, conceitos, problemas de trabalho e conjuntos de soluções. A este propósito, Rodrigues (2006) reitera que o ‘fechamento’ caracteriza os grupos profissionais e encontra fundação em Max Weber e a sua continuidade nos trabalhos de campo na área da saúde de Freidson. O ‘fechamento’ advém de um poder indissociável de um monopólio conseguido através de licenças facultadas pelo Estado ou pelas Ordens por si delegadas, legitimando um controlo sobre o mercado, condições de acesso e o nível de formação necessária para a prática profissional. Freidson (2000) insiste que o monopólio profissional estruturado em formação, credenciação e diplomas não precisa de justificação, mas sim as instâncias específicas em que o monopólio e as credenciais não são necessárias ou são abusivas. Para a autora, *expertise*, ou o monopólio do conhecimento, autonomia, ou poder sobre o próprio trabalho, e credencialismo (ou o *gatekeeping* proporcionado pelas credenciais) são vantagens que constituem as fontes do poder profissional e asseguram a capacidade de definir o modo como o trabalho é feito (*idem*; Freidson, 1994)). Rodrigues (2002) admite que a profissionalização encontra expressão na credenciação através do apoio do Estado, na autoridade sobre o próprio trabalho e na não subjugação ao controlo administrativo típico de organizações burocráticas. Fechamento social tem, para Rodrigues (2012), a definição dos processos que permitem a regulação das condições de mercado a favor dos grupos ou coletivos sociais, de modo a restringir o acesso aos recursos a um pequeno número de membros. No caso dos médicos, dentro das organizações e no contexto da divisão social do trabalho, o ato médico em si legitima tanto a sua autonomia como o monopólio no setor da saúde, acentuando a distinção entre os saberes médicos (oriundos de conhecimento prático e teórico de grande complexidade

e qualificação, que justifica um poder-saber) e os saberes dos outros grupos profissionais, denunciando uma prerrogativa de poder e dominância.

Tavares (2019, pp.157-158) revela que a dominância médica restringe os processos de profissionalização de outras ocupações qualificadas do setor da saúde, delimitando o campo de ação destas últimas e transformando os seus saberes em ‘periféricos’ – facto apurado na sua investigação de campo com os técnicos de cardiopneumologia (Tavares, 2007) e que também ressoa no trabalho de Areosa e Carapinheiro (2008) sobre os técnicos de imagiologia e na etnografia de Lopes (2001) sobre os enfermeiros. Para Tavares (2014; p.92), “o principal pressuposto legitimador da dominância médica assenta na distinção entre os poderes analíticos de conceção atribuídos às práticas profissionais da medicina, em contraste com os saberes práticos de execução geralmente imputados à atividade dos restantes grupos profissionais do campo da saúde”. Deste modo, a dicotomia é entendível pelas formas de divisão do trabalho que reservam as tarefas de conceção (que, na realidade, são as de maior complexidade e cientificidade) para os médicos e as de execução para os restantes grupos. Os autores parecem concordar que estes outros grupos profissionais estão dependentes de uma autoridade médica que também os subordina e deslegitima (Turner, 1987).

Starr (1984) explica que a autoridade que os médicos exercem sobre enfermeiras, técnicos e outros subordinados na hierarquia médica é principalmente uma autoridade social, que visa regular as suas ações. E, na medida em que dão instruções ou conselhos aos pacientes, os médicos também exercem autoridade social sobre eles. O tipo de autoridade reivindicada pelas profissões, então, envolve não apenas a habilidade na execução de um serviço, mas também a capacidade de julgar a experiência e as necessidades dos clientes. A autoridade profissional pode ser definida, em parte, por um tipo distinto de condição de dependência – a dependência da competência superior do profissional. A legitimação da autoridade profissional envolve três reivindicações distintas: primeiro, que o conhecimento e a competência do profissional foram validados por uma comunidade de pares; segundo, que esse conhecimento e competência consensualmente validados repousam em bases racionais e científicas; e terceiro, que o julgamento e o conselho do profissional são orientados para um conjunto de valores substantivos, como a saúde (*id.*, p.15).

Outro aspeto que, na linha de Tavares (2019), constitui um fator de mudança crítica é a medicalização das sociedades. O autor sustenta que a medicalização das sociedades consiste num alargamento da medicina a áreas de intervenção que outrora pertenciam ao domínio das práticas sociais rotineiras e a uma crescente influência das orientações médicas nos comportamentos humanos. Na linha de Conrad (1992), a medicalização – cujo conceito surgiu na década de 1970 com as investigações de Pitts, Freidson e Zola sobre o papel social do controlo médico, que se inspiraram em Parsons – é definida como o processo através do qual os problemas não médicos passam a ser tratados como problemas médicos, em termos de doenças ou distúrbios. Apesar das definições controversas que apontam a medicalização como a passagem de um determinado problema para a jurisdição da profissão médica, para Conrad esta consiste na utilização de termos médicos para descrever o problema e no uso de um enquadramento e intervenção médica para o entender e tratar. A medicalização pode ocorrer aos níveis conceptual (através da utilização de um vocabulário médico que define o problema, mas sem a necessidade de envolver pessoal ou tratamentos médicos), institucional (em que as organizações podem adotar abordagens médicas, nas quais sejam especializadas ou em que os médicos possam ser portadores de benefícios para instituições que adotem uma definição médica, mas cujo trabalho de rotina seja feito por pessoal não médico) e interaccional, em que o médico intervém e define o problema como médico ou trata um problema ‘social’ com um método de tratamento médico (*idem*). Os sociólogos têm explicado a medicalização com base na secularização – que atribui responsabilidade à medicina como substituta da religião e do seu controlo social nas sociedades modernas – e na mudança do estatuto da profissão médica².

Conrad reforça ainda o trabalho de Parsons sobre o mecanismo de controlo social definido como modo em que a medicina funciona para garantir a adesão às normas sociais através da utilização de meios médicos para eliminar ou normalizar comportamentos desviantes. O autor assume a divisão deste mecanismo em três tipos: a ideologia médica, que impõe um modelo médico assente em benefícios ideológicos e sociais acumulados; a colaboração, que sugere os papéis de informador privilegiado, porteiros (ou *gatekeepers*),

² Como exemplo da secularização tome-se o suicídio, cuja resposta social no século XVIII foi a perda geral de confiança nos ‘poderes no diabo’, o que resulta, segundo (MacDonald, 1989), na sua medicalização.

agentes institucionais e técnicos em contexto organizacional; e a tecnologia, que assegura o controlo social através dos meios de cirurgia, dos medicamentos e dos sistemas de diagnóstico (Conrad, 1979). A estas formas de controlo podem associar-se a de *medical excusing* (licenças de desabilidade), de Halleck (1986), e a *medical surveillance* (vigilância médica), de Michel Foucault (1973). Halleck propõe a escusa médica em casos legais a pacientes aos quais tenham sido detetados motivos de doença desculpável, como condutas desviantes ou falhas em cumprir deveres, ou que padecem de anormalidades biológicas. Na ótica de Foucault (1973), a expulsão da ‘pessoa louca’ nas instituições psiquiátricas é feita através de uma racionalidade imposta de forma autoritária num enquadramento de relações de poder no hospital, o que é lido, no exterior, como detenção de conhecimento científico sobre loucura. A autoridade é articulada na pessoa louca na forma de decisões, ordens e disciplinas, e a relação de autoridade assenta num poder político justificado pelas condições de racionalidade que funcionam através do discurso, da função e vigilância (*surveillance*) do médico na comunidade científica e na sociedade, sendo o seu papel dentro do hospital um papel de poder, enquanto fora é entendido como o sujeito do discurso científico. Foucault expressa, assim, uma viragem paradigmática de uma relação de poder político vivida no interior do hospital, e cujo *target* é o doente, para uma relação de conhecimento interpretada no exterior, em que o objeto do conhecimento é o doente.

Outras motivações para o crescimento da autoridade médica são apontadas por Paul Starr, como os avanços tecnológicos, a prescrição e o desenvolvimento dos hospitais. As exigências tecnológicas podem ser motivo de perda de autonomia de outros grupos. Como refere Starr (1984), a medicina oferece um exemplo para aqueles que desejam argumentar que a tecnologia está longe de ser imperativa nas suas exigências de submissão ao controlo organizacional. À medida que os hospitais e a especialização crescem, refere, os médicos tornam-se mais dependentes uns dos outros no acesso às instalações, pelo que ajustam os pontos de vista aos dos pares, em vez de optarem por estratégias de concorrência. Esta coesão fortalece a autoridade profissional, que também beneficiou do desenvolvimento tecnológico, o qual aumenta as competências médicas e diminui a confiança tanto no relato de sintomas como na aparência superficial do doente (*id.*). Starr conclui que o aparecimento dos hospitais influenciou o aumento da dependência da autoridade profissional, não somente nas instituições psiquiátricas que

atestam a institucionalização radical da autoridade médica (*vd.* Goffman, 1991), mas também porque a mudança voluntária dos doentes das suas casas para os hospitais aumenta a sua condição de dependência. Em casa, os pacientes podem facilmente optar por ignorar as instruções do médico, o que é muito mais difícil num hospital. Por outro lado, a autorização de um médico para medicamentos e próteses tornou-se necessária para uma série de seguros e benefícios fiscais. Em todas essas formas, a autoridade profissional tornou-se institucionalmente rotineira e a conformidade deixou de ser uma questão de escolha voluntária (Starr; 1984, p.20, tradução livre).

No âmbito da sua abordagem etnográfica, Carapinheiro (2005, p.165.) delimita as formas clássicas de poder médico das formas mais recentes de poder que “concretizam a importância estratégica de determinados saberes para a produção de políticas de orientação médica das atividades hospitalares, que facilmente se convertem em poderes na dinâmica das relações sociais que compõem o tecido social dos serviços”. Para a autora, a autonomia do poder dos serviços é tributária da autonomia funcional que decorre da autonomia profissional e se alarga à área de influência do ensino, da investigação, ao acesso a meios complementares de diagnóstico e tecnologias de ponta, bem como à seleção de clientela. Os médicos assumem uma posição dominante nas concepções do modelo de produção de cuidados, bem como na organização da divisão do trabalho (*id.*, p.184). O mesmo é reiterado por Lopes (2001, p.28.), que afirma que, “apesar de a estrutura de cuidados surgir como o campo por excelência da enfermagem, este não irá constituir um campo de exercício profissional efetivamente autónomo, na medida em que, desde a sua génese, surge condicionado pela estrutura de cura enquanto campo exclusivo da autoridade médica”, o que deixa a enfermagem numa relação de subordinação à dominância médica. Também Serra (2008, p.76.) admite a existência de uma “crescente variedade de ocupações, presentes nos cuidados de saúde e que se envolvem numa complexa divisão do trabalho, na qual a medicina ainda não perdeu a posição dominante”. Não obstante, a autora refere que, relativamente ao serviço em que decorreu a sua investigação, nota-se uma permeabilidade na divisão de trabalho entre médicos e enfermeiros, apesar da separação profissional de funções. O que é constatável, no entanto, é um sentimento de posse entre médicos na relação médico-doente, o que, por vezes, conduz ao conflito e a dificuldades como a coordenação das equipas (por via de rivalidades e más relações pessoais) e a coordenação com outras especialidades. No caso

investigado pela autora, cirurgiões e hepatologistas apresentam formas de organização de trabalho diferentes que dificultam os pontos de encontro entre as duas equipas. Desta perspetiva apresentada pela investigadora pode concluir-se que o sentido de ‘autoridade/dominância’ médica pode ser exercida não somente entre diferentes grupos profissionais, mas também dentro do mesmo grupo, entre atividades diferenciadas. Já na esteira de Correia (2012), os poderes que encontrou na sua investigação advêm da autoridade dual que decorre da organização hospitalar entre o serviço de gestão ou administração e os serviços médicos, dada a empresarialização dos hospitais públicos e que resume a autonomia médica face ao controlo administrativo como mais expressiva do que a autonomia da gestão face ao controlo político. Segundo o autor, os médicos gerem microestruturas internas do hospital e, desde o processo político da atribuição de uma gestão individual a cada hospital, os diretores de serviço viram reforçado o seu poder profissional no que concerne à autonomia da gestão física, patrimonial e de recursos humanos dos seus serviços (*id.*, p.113).

Através desta exposição teórica, cuja elaboração consistiu na articulação entre as diversas formas de poder que estão descritas na literatura sociológica das profissões, conclui-se que o conhecimento (teórico e prático) adquirido em função de uma *expertise* profissional, no caso da medicina, confere aos médicos uma posição de soberania e autoridade no cenário da prestação de cuidados de saúde, tanto para com os seus pares, como para com os seus doentes e grupos de trabalho periféricos. O resultado desta investigação demonstra posições algo distintas das perspetivas teóricas até então analisadas, pelo que, no decurso desta dissertação, voltar-se-á a esta discussão.

1.2 – O Contributo da Sociologia da Saúde

“A interação entre o paciente e o médico não é só um relacionamento científico, mas também um ritual social que ocorre numa situação de controle e preenchimento de expectativas recíprocas.”

(Goldman and Schaeffer, 2014)

De acordo com Timmermans (2013), a sociologia da saúde contempla uma reflexão crítica da saúde em si e das suas manifestações específicas, ações, pessoas, prioridades e instituições. A reflexividade crítica visa o exame de pressupostos, ortodoxias não desafiadas e consequências que são ignoradas ou invisíveis para os interessados em saúde que não estão em sintonia com os padrões sociais. Segundo este autor, a investigação qualitativa nesta área, como a etnografia, os métodos históricos, análises de discurso e entrevistas, tem o potencial de atingir múltiplas audiências, cujos resultados devem não somente interessar às pessoas estudadas como também influenciar outros *stakeholders*, dado tratar-se de uma matéria existencialmente provocatória.

Os primeiros passos em direção à sociologia da saúde, numa fase preliminar denominada de sociologia médica, são dados por Talcott Parsons (1951), através de algumas publicações acerca do tratamento teórico das profissões e clientes, tendo a ‘Sociologia Médica’ sido aceite como uma secção da *American Sociological Association* em 1960 (Nunes, 1992). Na década de 50, o sociólogo Samuel W. Bloom (2002) torna-se parte do grupo do *Bureau of Applied Social Research*, da *Columbia University* e, como pesquisador, realiza observações participantes e entrevistas com estudantes de medicina e participa na criação do *Committee of Medical Sociology* (Nunes, 2007). A denominação ‘Sociologia da Saúde’ é adotada em 1979, com o lançamento do primeiro número da revista *Sociology of Health and Illness*, editada pela *British Sociological Association*. No espaço de uma década, toma uma atitude independente no estudo da instituição e da profissão médicas, através da sociologia do conhecimento, alavancando-se num forte renascimento das discussões sobre as questões teóricas do campo da sociologia que se estenderam para a sociologia da saúde (Nunes, 2014). De acordo com a descrição de Tavares (2019), Parsons debruça-se sobre a medicina e a profissão médica enquanto papéis centrais na sociedade, cabendo-lhes o zelo pela boa saúde e o combate à doença

(ou o ‘desvio’ socialmente legitimado) das populações, de modo a que estas possam assegurar o cumprimento dos seus papéis económicos e sociais. O doente é, assim, um elemento subordinado às orientações médicas, cujo papel é de cooperação para assegurar este desempenho. Parsons (1951) aborda ainda as questões da doença mental e física, dos processos da terapia e do papel do terapeuta na doença enquanto fenómeno social, e conduz a sociologia para a relação médico-paciente ao observar a falta de adesão dos doentes aos tratamentos médicos, o que assinala um movimento de investigação sobre a qualidade dos serviços públicos iniciado nos anos 50.

Também nesta área, Freidson (1970) se destaca na exploração da crise da saúde nos Estados Unidos (EUA) e defende que o sistema de saúde deve assentar na confiança nos profissionais de saúde, que são livres de exercer julgamentos discricionários. O autor enfatiza que a medicina necessita, para além da sua formação e perícia, de um conhecimento sobre a natureza humana e o funcionamento das instituições humanas, com a ajuda de especialistas das mais diversas especialidades, incluindo a sociologia, que possam recolher e avaliar dados sobre os sistemas de saúde (Freidson, 1983). O sociólogo realça a interdependência e complementaridade entre as duas ciências e apela a que cada uma enfrente os seus próprios mitos. Quanto aos médicos e à sua relação com a economia hospitalar, considera-os a chave para o controlo de custos, uma vez que são eles que ordenam o uso da maior parte dos serviços e materiais para cuidados de saúde (*id.*, pp.431-432).

Na sua obra *Asylums*, originalmente publicada em 1961, Goffman (2017) ilustra a vida numa instituição para doentes mentais, tendo apostado na proximidade com os doentes e evitado contactos com o pessoal médico e paramédico, o que constituiu um passo em frente face aos anteriores trabalhos que se concentravam na atividade médica ou de enfermagem. Por seu turno, Cockerham (1981) aborda as tendências da sociologia médica para a mudança no relacionamento médico-doente, as políticas sociais dos cuidados de saúde, o *stress* e o envelhecimento. E, mais recentemente, Collyer (2012) escreve sobre os próprios sociólogos da medicina e da saúde.

Em Portugal, a coletânea dos primeiros estudos de saúde aparece agregada a uma componente política, tendo Boaventura de Sousa Santos (1987) e o Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra como condutores. Este autor concentra-se na

problemática das políticas sociais para a saúde, a partir de um jovem SNS focado na generalidade, universalidade e gratuidade da saúde. Nas últimas três décadas, e a partir de (Carapinheiro, 1986, 1991, 2010, 2014), a produção científica nacional cresceu significativamente, através de metodologias intensivo-qualitativas, com predomínio da investigação no feminino, principalmente na área da enfermagem, mas também nas áreas técnicas e médicas. A primeira etnografia (Carapinheiro, 1986) centra-se nos contextos hospitalares e na problematização das relações profissionais e da relação médico-doente, nela convergindo a sociologia dos serviços hospitalares com perspetivas da sociologia das organizações, das profissões e da saúde e das questões de poder de Michel Foucault. Hespanha (1987) segue-se-lhe, aplicando técnicas de recolha de informação intensiva e análise estatística para identificar determinantes sociais e culturais na procura de cuidados de saúde em contexto rural e os desajustes entre um recém-criado SNS e uma população de uma aldeia periurbana.

Apesar de apresentar uma matriz identitária, a sociologia da saúde não pode, todavia, considerar-se um campo disciplinar autónomo (Antunes & Correia, 2009). Especialmente em contexto hospitalar, a investigação é dificultada pela diversidade profissional entre rotinas e eventos excecionais (Areosa & Carapinheiro, 2008). Enquanto ciência reflexiva, e porque todo o saber depende de condições sociais inerentes à sua produção, sendo a saúde um direito e estando dependente de juízos de valor, o desafio passa por apresentar pontos de vista livres de conotações (Correia, 2013). Estas investigações de cariz teórico e empírico alargam o conhecimento dos fenómenos sociais da saúde que abrangem temáticas tão diversas como as políticas de saúde, as desigualdades em saúde, as representações e práticas e outras transversais à sociologia das profissões (Tavares, 2019). O contributo da sociologia da saúde assenta na investigação e análise da dimensão social (fenómenos e processos sociais) da saúde e da doença. Saúde e doença englobam as dimensões biológica, psicológica, social e cultural que são inseparáveis dos contextos sociais, só podendo ser entendidas na sua complementaridade. O conhecimento sociológico da saúde em Portugal tem-se estendido através destes trabalhos de reflexão teórica e de investigação empírica, validados pela utilização de métodos como as técnicas documentais, mas essencialmente de técnicas como inquéritos, entrevistas, análise de conteúdo e observação direta (*id.*, p.19). Por outro lado, saúde e doença, são construções sociais da medicina baseadas tanto em pressupostos

científicos como em valores sociais que influenciam o conhecimento e a prática médica. Ou seja, sugere o autor, o conhecimento médico não é independente de interpretações, valores e contextos sociais em que a doença ocorre, pelo que os diagnósticos não são meramente resultantes da objetividade da investigação científica. As práticas sociais e os estilos de vida saudáveis serão, assim, definidos por grupos de profissionais de saúde em função das formas de pensar e ideologias sociais na mesma proporção da inovação tecnológica, recursos e conhecimento científico (*ibid.*, pp.51-52).

Carapinheiro (1986) alerta que os sistemas de interação médica, cujos protagonistas são médico e doente, colocam a ordem da saúde e da doença na ordem do mundo e da sociedade. Se nos anos 1950 e 1960 se tratava de uma sociologia com a perspectiva médica enquanto figura central de análise, constitui-se agora o campo mais abrangente da saúde enquanto bem individual e coletivo que comporta situações e factos ligados à saúde e à doença (*id.*). Desde então, assistiu-se à abertura de um alargado espectro temático de interlocução com quadros teóricos e metodológicos, cruzando as teorias clássicas de Durkheim, Marx e Weber com as modernas e ditando, assim, o mainstream da sociologia da saúde (Nunes, 2014).

Os sistemas de saúde compreendem uma variedade de atores com diversidade de pontos de vista que constituem uma complexidade do conceito de qualidade dos cuidados (Serapioni, 2012). Mas não é somente a variedade de atores e a conseqüente diversidade de pontos de vista que tornam este conceito complexo: a complexidade da prestação destes cuidados encerra aspetos precisos da organização e da divisão do trabalho, o que decorre da hiperespecialização médico-cirúrgica que envolve a produção dos cuidados de saúde (Serra, 2007). Torna-se, assim, um desafio a investigação neste campo. O domínio da sociologia da saúde engloba uma pluralidade de objetos circunscritos às dimensões da saúde, doença e morte; instituições, organizações e profissionais de saúde; sistemas terapêuticos e políticas da saúde. Estas dimensões criam a identidade da sociologia da saúde e resultam das perspectivas dos precursores que a definiram como tal (Antunes & Correia, 2009).

Do mesmo modo, e embora de forma incipiente em Portugal (Gonçalves, 2004), a antropologia médica também deixa o seu lastro na investigação em medicina. Faria (2016) explora os meandros da infertilidade em Moçambique e na África do Sul através

de uma pesquisa hospitalar etnográfica escrita na primeira pessoa e que incide sobre as ‘navegações terapêuticas’ dos casais que pretendem engravidar, a qual recorreu a entrevistas semiestruturadas. Para Faria, houve a noção de não representar nenhum papel, a não ser o seu próprio, pois, como afirma (Bourdieu, 1977), a situação de observador leva-o a uma interpretação das práticas, reduzindo as relações sociais às operações de descodificação do objeto de estudo.

Em jeito de síntese, pode afirmar-se que os primórdios da sociologia da saúde datam da década de 1950, embora, em Portugal, esta só tenha encontrado um papel, com Boaventura de Sousa Santos e Graça Carapinheiro, no final dos anos 1980. A sociologia da saúde assume uma importância central nas ciências sociais pela reflexividade crítica para a análise de pressupostos desalinhados dos padrões sociais que envolvem a saúde e a doença. O debruçar sobre a medicina e a profissão médica revela os papéis essenciais na sociedade do garante da boa saúde *versus* o combate à doença, que é tido como um ‘desvio’. Os médicos desempenham também um papel fulcral na economia pelo uso de tecnologias de alta performance e elevado custo e por poderem assumir um adequado controlo desse custo. A complexidade da prestação de cuidados de saúde revela aspetos motores da divisão do trabalho e estende-se a dimensões como as instituições, organizações, profissionais de saúde, sistemas terapêuticos e políticas de saúde. Os métodos qualitativos e, em especial, a etnografia, a observação direta e as entrevistas têm a capacidade de atingir múltiplas audiências, razão pela qual esta investigação recorre essencialmente a estas metodologias.

1.3 – O papel da Sociologia das Organizações

Max Weber foi o fundador da Sociologia das Organizações, pela sua visão da burocracia como uma forma de ordenação das relações entre indivíduos e organizações, de modo a que os objetivos destas pudessem ser alcançados através da delegação de responsabilidade. A burocracia rotiniza o processo de administração, que se torna mais eficiente através da distribuição de funções, seleção de pessoal especializado, regulamentos e disciplina hierárquica, e pode ainda ser entendida como uma forma de criar padrões na comunicação em conformidade com normas preestabelecidas. A

sociologia organizacional encontra suporte em quatro pontos: a) as organizações são unidades sociais assentes numa estrutura formal; b) o estudo das organizações inclui a organização, outras organizações e unidades sociais; c) a análise das organizações assenta na personalidade destas: nas suas necessidades em função das necessidades dos indivíduos, e na sua cultura – valores, autoridades e relação entre ideais e objetivos; d) a organização enquanto sistema social que se relaciona com o ambiente externo (que influencia o interno).

A definição de ‘autoridade legítima’ caracterizou a burocracia da administração enquanto estrutura que comporta membros a tempo inteiro, organizados numa hierarquia de subordinação, cujo trabalho é dirigido pela especialização da função, por regras e documentos e conduz à eficiência e previsibilidade do trabalho. A burocracia é, para Weber, a forma por excelência do tipo de autoridade legal-racional. Este modelo visa organizações orientadas para a eficiência e veio substituir outros tipos de autoridade estruturados em tradição e carisma. Esta racionalidade formal inscreve preceitos em regras, enfatizando cultura e valores em contraste com as teorias de condições materiais da produção de Karl Marx. Weber sustenta que a oferta, a procura e os preços formam um sistema, do qual as organizações fazem parte, e que tende a um máximo de racionalidade formal (Simpson *et al.*, 1948). Segundo Weber (1978, pp. 956-958), para sustentar a atividade e os indivíduos que nelas operam, as organizações de administração burocrática têm que auferir receitas, se não pela obtenção do lucro (privadas), então através de um sistema de taxação que assegure a sua existência permanente. Não pode ignorar-se o pressuposto de que a burocratização da administração pública implica a concentração de recursos. O Estado burocrático coloca toda a sua despesa administrativa no *budget* e providencia as autoridades com os meios de despesas correntes, cujo uso o mesmo Estado regula e controla – princípio que se alastra a qualquer empresa capitalista amplamente centralizada (*id.*, pp.982-983). Sem prejuízo do exemplo utilizado pelo autor (as universidades), será de realçar a importância que esta característica representa na análise da economia hospitalar do sistema público que faremos mais adiante.

Parsons (1956) apresenta uma visão sociológica da organização enquanto resolutive de problemas sociais por via do trabalho e da concretização de objetivos, assente em três níveis: o nível inferior corresponde à eficiência técnica, o intermédio (da

gestão) coordena e adapta os recursos técnicos, e o nível superior, ou institucional, legitima a organização perante a sociedade. A gênese da organização é definida como um sistema social orientado para a consecução de um tipo relativamente específico de objetivo que contribui para uma função importante de um sistema, geralmente a sociedade. “Organização refere-se a um amplo tipo de coletividade que assumiu um lugar particularmente importante nas sociedades industriais modernas – ao qual o termo ‘burocracia’ é frequentemente aplicado” (*id.*, pp.63-64). O hospital é um exemplo concreto de uma organização neste sentido proposto por Parsons, mas podem acrescentar-se universidades, departamentos governamentais ou empresas de grande dimensão, pois a todas elas correspondem características comuns que atravessam as distinções comuns entre as disciplinas das ciências sociais. Uma organização distingue-se de outros tipos de sistemas sociais pela sua orientação para a consecução de um objetivo específico, o que tem implicações tanto para a sua estrutura interna como para as suas relações com o exterior, sendo estas relações entendidas como a maximização de alguma categoria de output do sistema para os objetos ou dos sistemas na situação externa, explica Parsons. Tal sublinha o postulado de que uma organização é um sistema no qual o atingimento do objetivo produz algo identificável (uma classe de bens ou serviços consumíveis ou instrumentalizáveis noutras fases de produção) que pode ser usado, de algum modo, por outro sistema, ou seja, o seu output representa o input de outro sistema. A existência de organizações é, portanto, uma consequência da divisão social do trabalho (*ibid.*). Especial ênfase é dada pelo autor aos dois pontos de vista subjacentes à estrutura descritível da organização: o ‘cultural-institucional’, que usa os valores do sistema e a sua institucionalização em diferentes contextos funcionais, e o ponto de vista de ‘função’ ou ‘grupo’, que toma como ponto de partida suborganizações ou o papel dos indivíduos que participam no funcionamento da organização. Do ponto de vista ‘cultural-institucional’, o padrão valorativo define a orientação básica da organização e guia as atividades dos indivíduos na situação específica em que opera, o que se traduz na aceitação básica de valores generalizados do sistema superordenado (salvo se for uma organização desviada do sistema superordenado) e, por outro lado, na legitimação do seu lugar ou função (objetivo) no sistema superordenado, acima de quaisquer outros valores ou interesses pessoais, daí o sistema de valores de uma organização ser considerado uma versão de ‘racionalidade económica’ que legitima o objetivo da produção económica (Parsons,

1956; p.68). O objetivo de retorno económico é, portanto, um símbolo de sucesso para a organização, mas não pode ser o propósito primeiro, porque o lucro, por si só, não é uma função na consideração da sociedade como um sistema; são os valores culturais que legitimam a organização enquanto sistema.

Na perspectiva do autor, a estrutura organizacional é composta por um corpo de gestão ou administração (que formam o corpo de autoridade), os assessores destes (cujo papel pode considerar-se de consultoria ao vértice da hierarquia) e um grupo operacional que se situa no fim da linha da autoridade. Estes indivíduos são parte integrante da estrutura que, na teoria económica, se compõe de terra (instalações físicas), capital (provisão de dinheiro), trabalho (indivíduos contratados para uma determinada função) e ‘organização’ (no sentido técnico do termo enquanto elemento coordenador e combinador dos fatores de produção de forma a facilitar o atingimento efetivo dos objetivos da organização, em termos económicos ou de consumo de fatores). Este último elemento dá à organização, no seu entendimento económico, um papel essencial no funcionamento de toda a organização. Há, ainda, uma área central de atenção na organização, que corresponde à sua integração com outras organizações e outros tipos de coletividade no sistema social total, nomeadamente, na compatibilidade entre os padrões institucionais de cada uma. Parsons explica que é possível existir conflito em padrões de procedimentos de cada organização que podem vincular as ações dos indivíduos (enquanto representantes de uma multiplicidade de papéis no sistema social que constituem filiação às coletividades) nos seus compromissos com elas. O problema reside, por um lado, nas questões das bases e do grau de lealdade do indivíduo para com uma dada organização e, por outro, no modo como essa lealdade se encaixa num mais amplo espectro do sistema de lealdades “no qual as suas obrigações para uma pluralidade de papéis são balanceadas (por exemplo, com o seu trabalho, família e país)” (Parsons, 1956; p.81). O autor sublinha que a condução dos negócios de uma organização deve, em geral, estar em conformidade com as normas de ‘boa conduta’ reconhecidas e institucionalizadas na sociedade, e que nenhum contrato deve violá-las nem nenhuma autoridade deve ser usada coercivamente sobre o indivíduo para as violar.

Merton, de ascendência funcionalista, reforça a necessidade da contínua adaptação das organizações burocráticas ao meio ambiente; não obstante, apresenta uma

visão crítica das tradições weberiana e parsoniana, na medida em que sugere que a burocracia pode diminuir a flexibilidade e inovação da organização e as regras podem comprometer os objetivos. Sob o ideal-tipo burocrático, existe nas organizações uma série de departamentos hierarquizados por estatutos, imbuídos de responsabilidades e competências, onde coexistem privilégios e obrigações delimitados por regras e normas. A autoridade é inerente ao espaço e não ao indivíduo que desempenha a sua função. A formalidade coloca a descoberto a distância social e manifesta-se por rituais sociais, constringendo as ações dos indivíduos, através de um conjunto reconhecido de regras. O mérito da burocracia, segundo Merton (1940), reside na sua eficiência técnica e na excelência de resultados. A estrutura é o que fomenta a completa eliminação das relações personalizadas e das considerações não racionais, como sentimentos de hostilidade, ansiedade ou envolvimento afetivos (*id.*, p.561). Merton refere que frequentemente são enlevados os aspetos positivos da burocracia, que na teoria weberiana se resumem à eficiência, precisão e confiabilidade, mas as tensões e deformações internas das estruturas são quase totalmente negligenciadas, o que resulta em desajustes dos indivíduos. A ‘incapacidade treinada’ refere-se ao estado de coisas em que as habilidades de uma pessoa funcionam como inadequações ou pontos cegos. Ações baseadas em formação e habilidades que foram aplicadas com sucesso no passado podem resultar em respostas inadequadas sob uma condição alterada. O autor refere a existência de uma pressão exercida pela estrutura burocrática para que o indivíduo seja metódico, prudente e disciplinado, mas para que a burocracia funcione com sucesso, deve atingir-se um alto grau de confiabilidade de comportamento, um grau incomum de conformidade com padrões prescritos de ação. A disciplina é fundamental e só se concretiza se os padrões ideais forem alicerçados em fortes sentimentos que envolvem devoção aos próprios deveres, um sentido de limitação da autoridade e competência e o desempenho metódico das rotinas. A eficácia da estrutura social depende, em última análise, de infundir os participantes do grupo com atitudes e sentimentos apropriados. Assim, a adesão às regras, concebidas como um meio para atingir os objetivos organizacionais, transforma-se num fim. O afastamento dos objetivos originais resulta numa incapacidade de ajuste do indivíduo. A preocupação com a conformidade das regras interfere com a consecução dos objetivos da organização, pelo que se dá o fenómeno do tecnicismo ou burocracia do indivíduo. Merton constata ainda que, nas organizações, os esquemas de incentivos

aumentam a probabilidade de conformidade, mas também levam a uma preocupação excessiva com a estrita observância dos regulamentos que induz timidez, conservadorismo e tecnicismo. Por outro lado, e com o mesmo resultado, a união conseguida entre os indivíduos, muitas vezes, leva o funcionário a defender os seus interesses ao invés de se orientar na direção dos clientes e funcionários de nível superior, o que se define como organização informal defensiva, e desperta quando a integridade do grupo parece ameaçada. A isto acresce o facto de as normas de impessoalidade e a despersonalização das relações que caracterizam a burocracia assumirem especial relevância na incapacidade treinada que, a par da tendência categorizadora desenvolvida a partir do papel dominante das regras gerais e abstratas, tendem a produzir conflito nos contatos do burocrata com o público ou a clientela. Outra fonte de conflito nasce da assunção de autoridade de que o funcionário, independentemente da sua função, se reveste enquanto representante do poder da estrutura organizacional, posição esta que frequentemente o conduz a uma atitude de dominância perante a clientela que, apesar dos protestos, não ultrapassa o espírito de grupo solidário entre pares. Numa empresa pequena, o cliente pode, simplesmente, optar por uma empresa concorrente, mas, no monopólio da organização pública, essa questão não se coloca. Acresce a este exemplo o conflito originado pela transformação, através das normas, das relações pessoais intraorganizacionais em relações formais que conduzem a um ressentimento por parte do funcionário, que considera estes episódios como favoritistas e nepotistas.

Em 1938 (p.672), Merton arrisca a definição de ‘anomia’ em função da pressão exercida por parte de “algumas estruturas sociais” sobre certas pessoas na sociedade para adotarem uma conduta não-conformista em vez de uma atitude conformista. O autor explica que há aspetos da estrutura social, nomeadamente os que atuam em função das ênfases diferenciadas em atingimento de objetivos e regulamentos, que podem gerar comportamento antissocial. É exemplo disso a ênfase na acumulação de riqueza como símbolo de sucesso que fomenta a ascensão social. Os grupos em que as atividades concebidas *ab initium* como instrumentais são transmutadas em fins em si mesmas e os propósitos originais são esquecidos, permitem que a adesão ritualística à conduta institucionalmente prescrita se torne virtualmente obsessiva. Quando ocorre este processo, a integração da sociedade torna-se ténue e instala-se a anomia. A exaltação do fim gera uma desmoralização literal, ou seja, uma desinstitucionalização, dos meios e

define muitos grupos em que as fases da estrutura social não são altamente integradas. O equilíbrio entre meios e fins culturalmente designados torna-se altamente instável com a ênfase progressiva em atingir os fins carregados de prestígio por qualquer meio, principalmente em sociedades em que a pressão do sucesso com prestígio tende a eliminar a restrição social efetiva sobre os meios empregados para este fim. A doutrina "o fim justifica os meios" torna-se um guia de princípio de ação quando a estrutura cultural exalta indevidamente o fim e a organização social limita indevidamente o recurso a meios aprovados (*id.*, p.681). Podemos, assim, concordar que a falta de coordenação das fases de meios e objetivos da estrutura social leva a anomia. Embora, nesta sua abordagem, Merton não tenha usado como exemplo as organizações burocráticas, torna-se evidente que os comportamentos de anomia podem aí ser reconhecidos, ante a imposição de normas e regulamentos que caracterizam estas organizações.

Henry Mintzberg oferece especial destaque às relações interpessoais e à formação de grupos de interesse enquanto transformadores da burocracia, assim como aos objetivos individuais dos que compõem as organizações. Na representação, de certo modo, de um retorno à construção do tipo-ideal de Weber, Mintzberg (1979) reconhece variações entre partes da organização e a existência de diferentes tipos de variáveis de contingência e estrutura – operando assim um corte com a literatura tradicional no que respeita à coordenação e à limitação de cada mecanismo de coordenação. Para Mintzberg existem cinco configurações viáveis de organizações: burocracia simples, burocracia mecanizada, burocracia profissional, forma divisionalizada e adhocracia. Cada uma é caracterizada por um conjunto particular de parâmetros (que representam as funções, agrupamentos de unidades, ligações laterais e sistemas de tomada de decisão) e cada parte tem um relacionamento particular e um conjunto específico de fatores de contingência. Como exigências primordiais das organizações, Mintzberg elenca a compreensão do trabalho (que justifica o motivo pelo qual as organizações mais antigas são mais formalizadas), a previsibilidade do trabalho, a diversidade do trabalho e a velocidade de resposta. A sua noção de burocracia profissional reveste-se de um caráter de conflito e fraca inovação, acentuando a limitação de cada mecanismo de coordenação. Como cada configuração depende de um mecanismo específico, com base no seu núcleo operacional, existe uma fraqueza de coordenação. Assim, cada parte da organização também representa igualmente uma fraqueza inerente (*id.*, p.302). Admite, portanto, que os cinco tipos ideais

apresentam problemas, bem como a sua inerente consistência. As dimensões do ambiente ‘estáveis’, em contraposição às ‘dinâmicas’, e as ‘simples’, em contraposição às ‘complexas’, geram dois tipos de burocracias e dois tipos de organizações orgânicas, cada qual representando um mecanismo de coordenação distinto. A estrutura ou organização simples depende de supervisão direta e existe no ambiente dinâmico simples. O ajuste mútuo é o mecanismo de coordenação na adhocracia – estrutura que Mintzberg aponta como sendo mais ajustada a um ambiente complexo e dinâmico. A burocracia mecanizada, nos seus contornos mais conhecidos, assenta na padronização dos processos de trabalho e enquadra-se num ambiente simples e estável. Por seu turno, a burocracia profissional, que possui padronização de competências, situa-se no ambiente estável complexo. A forma divisionalizada destaca-se tanto em termos de mecanismo de coordenação quanto de nicho ambiental (*ibidem*).

Numa linha racionalista, Perrow (1986) sugere que algumas organizações são apenas organizações – ferramentas racionais onde existe pouco investimento pessoal, podendo este ser descartado sem lugar a arrependimento. Outras tornam-se institucionalizadas: assumem um carácter distintivo de valor intrínseco não caracterizado apenas pelo produto ou serviço que fornecem. Em torno destas, as pessoas constroem as suas vidas, identificam-se com elas e tornam-se dependentes delas. É isto que define a institucionalização: um processo de crescimento orgânico em que a organização se adapta aos esforços dos grupos internos e aos valores da sociedade externa (*id.*, p.167). Por seu turno, Selznick (1948) sublinha a importância das relações interorganizacionais, começando por explicar que a organização formal é a expressão estrutural da ação racional: a mobilização de habilidades técnicas e de gestão requer um padrão de coordenação e de ordenamento das posições e obrigações que definem a cadeia de comando e torna possível a integração administrativa das funções especializadas. Tal pressupõe a primordialidade do ato de delegar que requer a construção contínua de mecanismos formais de elaboração e controlo. A segurança dos trabalhadores e o sistema como um todo geram pressão para a institucionalização das relações internas que acabam por ser retiradas das incertezas dos sentimentos individuais. O comportamento organizacional é indispensável à existência contínua do sistema de coordenação, bem como é fonte de fricção, dilema e dúvida (*idem*).

Em resumo, Selznick compara a teoria da organização com as seguintes ideias: organizações enquanto sistemas cooperativos e adaptativos, formadas por indivíduos e subgrupos que interagem em relações formais e informais; os vários aspetos das organizações, como os objetivos, relacionam-se com necessidades estáveis e mecanismos de autodefesa; importância da qualidade das ferramentas da ação social que envolvem um corte com os ajustes e definem um ambiente de constrangimento, compromisso e tensão. As organizações não são estáticas, sofrem processos de transformação no sistema a partir de mudanças como o estabelecimento de objetivos, liderança, doutrina, eficiência, eficácia e tamanho. Os ajustes caracterizam-se pela designação de cooptação, um processo de absorção de novos elementos na liderança ou na estrutura política da organização enquanto meio de evitar ameaças à sua existência – isto representa um mecanismo de defesa organizacional. Tal pode acontecer, por exemplo, quando a autoridade formal está em causa e se assiste a uma divisibilidade entre controlo e consentimento. Estes novos elementos são usados para reconquistar respeito e legitimidade aos órgãos de controlo e restabelecer a estabilidade da autoridade formal. Pode ser usado como resposta à pressão de certos centros de poder (indivíduos específicos ou grupos de interesse). No seu todo, enquanto resposta adaptativa de um sistema cooperativo a uma necessidade de estabilidade, reflete sempre um estado de tensão entre a autoridade formal e o poder social e aporta sempre uma mudança consequente para o papel e carácter da organização, bem como molda os elementos cooptados.

O autor alerta ainda que não podemos ignorar que as características dos processos organizacionais estão inseridas nos processos de burocratização (Selznick, 1943). A forma como as organizações se desenvolvem no interior das tendências burocráticas dominantes depende da contrapressão e das técnicas que podem ser concebidas para bloquear a deriva burocrática. Gerir uma organização implica gerir problemas que não têm necessariamente que estar relacionados com os objetivos da organização. Os funcionários que detêm o controlo técnico tendem a ter uma relevância interna incremental, o que pode resultar no desvio da organização do seu caminho original, que, no entanto, geralmente permanece como o objetivo formal professado da organização. De uma forma transversal, a problemática das relações internas reside, na ótica do autor, no exercício do controlo: quanto maior for o nível de controlo de uma organização, menor o

nível de compromisso individual, e quanto menor a entrega, menor o reconhecimento da autoridade sobre os direitos dos trabalhadores (*id.*).

Todavia, Perrow (1986) questiona a distinção entre organização e instituição, pois considera haver pontos comuns entre ambas, para além de que, em cada uma delas, há traços que as distinguem. Uma organização inflexível, inabalável, que deriva os seus objetivos dos seus funcionários, não segue o mesmo trajeto que uma organização impregnada dos valores da comunidade. Há uma ligação direta com as linhas de comando e de liderança. O líder institucional conduz os seus membros a uma política comprometida, com forte senso de identidade, propósito e compromisso. No sentido oposto, as organizações flexíveis não precisam responder às necessidades reais, mas sim a pressões que se gerem de forma racional, com uma visão instrumental.

Este resumo teórico permite perceber que a sociologia das organizações nasce do primado de Weber e do seu ideal-tipo de burocracia racional-legal, que visa a utilização da burocracia enquanto autoridade legítima dos processos de administração para atingir a eficiência organizacional. As organizações são vistas por Weber como unidades sociais com uma estrutura formal, que devem auferir receitas e, enquanto sistema social, relacionam-se com o ambiente externo, que influencia o interno. Os seus membros organizam-se hierarquicamente, com especialização da função e regem-se por normas que conduzem à eficiência. Para Parsons, a organização é consequência da divisão social do trabalho e resolutive de problemas sociais por via do trabalho e pelo atingimento de objetivos que a legitimam perante a sociedade. Merton alerta que a burocracia pode diminuir a flexibilidade da organização e as regras podem eliminar as relações personalizadas, comprometer os objetivos e constranger a ação individual. As tensões provocadas pela eficiência, previsão e previsibilidade provocam desajustes nos indivíduos, como a autoridade adquirida por via da noção de representatividade da estrutura organizacional pode provocar no indivíduo comportamentos de dominância sobre a clientela. A anomia é um risco da burocracia e revela uma desmoralização e desinstitucionalização do indivíduo. Por seu turno, Mintzberg apela à formação de grupos de interesse movidos por interesses individuais e à conjugação entre quatro elementos (estáveis, simples, dinâmicas ou complexas) que sustentam a variabilidade de tipos de organizações. Perrow sustenta que são as organizações institucionalizadas que promovem

a identificação dos indivíduos e lhes permitem construir as suas vidas em torno da organização, o que define o comportamento organizacional, essencial à continuidade do sistema de coordenação. As organizações, sublinha, não são estáticas e mudam consoante os objetivos, as lideranças, a doutrina, a eficiência e o tamanho.

Não querendo tornar exaustiva a análise do contributo das sociologias das profissões, da saúde e das organizações, recordamos que os pressupostos desta investigação estão intimamente ligados à profissão de médico, às práticas médicas e à organização 'hospital'. Por conseguinte, o capítulo seguinte enfocará a sua atenção nesta organização e na especificidade das suas características, enquanto organização burocrática assente numa estruturada divisão social de trabalho, que define, produz e entrega um tipo especial de produto: os cuidados de saúde.

CAPÍTULO II – UM OLHAR SOBRE A ORGANIZAÇÃO

II.1 – O Hospital

“Hospital, an institution that is built, staffed, and equipped for the diagnosis of disease; for the treatment, both medical and surgical, of the sick and the injured; and for their housing during this process. The modern hospital also often serves as a centre for investigation and for teaching.”

(Fralick, Scarborough and Piercey, 2020)

Desde 4000 anos antes de Cristo que templos como Saturno e Asclepius (Ásia Menor) são distinguidos como centros de tratamento, embora somente em 431 a.C. tenha sido reconhecido o primeiro hospital Bramânico e 300 anos mais tarde os romanos tenham criado os hospitais (*valetudinaria*) para tratar os seus soldados como forma de manter a integridade das legiões que legitimavam Roma. Constantino, ‘O Grande’ (331 a.c.), abolira já os hospitais pagãos, convertendo-os ao cristianismo, numa tradição que aproxima o doente, anteriormente isolado da população, dos membros da comunidade, a quem cabe a obrigação de cuidar. O crescimento dos hospitais na Europa deu-se no século XII, alguns dos quais árabes (Bagdade, Damasco e Córdoba), muito reconhecidos pela sua capacidade de atender a todos sem olhar a raça ou religião, e outros de ordens religiosas, como a Beneditina, à qual se deveu a construção de mais de 2000 instituições. Três séculos mais tarde, assistimos a uma transferência gradual da responsabilidade de cuidados de saúde da igreja para as autoridades civis. Os primeiros hospitais do continente americano são construídos por espanhóis e franceses nos séculos XVI a XVIII. Na atualidade, os hospitais modernos são classificados em vários tipos, de acordo com a propriedade, serviços prestados, duração de internamento, tamanho, instalações, e são divididos entre geral, de curta estância e de cuidados continuados (Fralick, Scarborough & Piercey, 2020).

Na Lisboa medieval, referencia-se a existência de 77 hospitais, com uma média de cinco camas cada um, destinados ao acolhimento de doentes ou inválidos. Os hospitais, pequenas instituições sobreviventes a uma economia dependente de beneméritos, com

administrações religiosas que asseguravam os direitos dos doentes e pobres, acomodavam-se em casas de três pisos, em chão de terra batida, tijolo ou pedra, que tinham sido de habitação. As gafarias (ou leprosarias), constituídas por uma cerca que isolava pequenas moradias de famílias e enfermarias, recolhiam os leprosos. As ‘mercearias’ e ‘hospitais de meninos’ abrigavam idosos e crianças. Não havia médicos de serviço permanente, pelo que cabia a enfermeiros e albergueiros os cuidados prestados. Existiam ainda os hospitais de banhos para crianças e incuráveis. Aos hospitais, o médico – na sua hierarquia médica constituída pelo físico, ou médico autêntico, o cirurgião, o sangrador e o barbeiro, seguido pelo bruxo e curandeiro – estava de chamada e a fama aí conseguida permitia-lhe ser contratado pelas classes mais altas. Os fármacos eram cedidos gratuitamente aos doentes pelas boticas dos hospitais. A medicina passou de ser ensinada na Idade Média por eclesiásticos às faculdades instituídas por D. Dinis em 1289. Em 1384, já a cirurgia se distinguiu como autónoma, libertada de ligações a outros grupos profissionais como barbeiros e sangradores (Moisão, 2012).

De todos os hospitais considerados da era moderna na assistência hospitalar, o Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, foi o primeiro, tido tanto como exemplar na nova dimensão do serviço público, como o melhor do Antigo Regime. Inaugurado por D. Manuel I, em 1502, coincidiu com a reforma hospitalar do final da Idade Média em toda a Europa, cuja missão era a prestação de assistência a pobres, doentes, mulheres, órfãos e enjeitados. Rapidamente se tornou um modelo de ensino em medicina, com práticas de anatomia e enfermagem e com uma organização única da escola de cirurgia, localizado no centro da cidade e aberto à população em geral. Já no século XVI se notava a sobreocupação deste espaço que, com condições de internamento de até 150 doentes, recebia por ano cerca de 3000. Em 1564, o Hospital foi entregue à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (Ramos, 2019).

O atualmente designado de Hospital de S. José, pertencente ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, resistiu a três séculos de assistência. Depois do terramoto de 1755, viu-se transferido para as instalações do antigo colégio Jesuíta de Santo Antão, tendo sido batizado de Hospital Real de S. José, único na capital até meados do século XIX (INSA, 2018).

Numa perspetiva contemporânea, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), o hospital, sendo instrumental na coordenação e integração de cuidados, apresenta uma centralidade não somente nos sistemas de saúde, que nele se apoiam enquanto suporte de fornecedores de saúde, serviços comunitários e domiciliários, como também na representação do ensino de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e na vida das pessoas. A sua função de complemento e amplificação da eficácia das várias partes do sistema de saúde, desenvolvida pelo contínuo fornecimento de serviços em situações complexas e severas, caracteriza-se pela concentração de recursos escassos dentro de redes planeadas para dar resposta de forma eficiente às necessidades da população. O seu exemplo de desenvolvimento sustentável, compaginável com a melhoria da saúde da população, está alicerçado na busca de novas formas de cuidar da comunidade a um custo suportável, sem descurar pacientes de elevada exigência, serviços de elevada qualidade e através da utilização das redes de referenciação com os cuidados primários e entre hospitais. A classificação dos hospitais ajusta-se em conformidade com as intervenções que realiza, o papel no sistema de saúde e os serviços educacionais que oferece à comunidade.

Em Portugal, o sistema de saúde comporta hospitais públicos e hospitais privados, estes últimos, na sua grande maioria, pertencentes a grupos que operam em diversas áreas, para além da saúde, como as atividades financeira ou seguradora. De acordo com o relatório de estatísticas da saúde de 2019, do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019), nesse ano, de um total de 238 hospitais, 127 (53,4%) eram privados, 108 públicos e 3 em regime de Parceria Público-Privada. Dos públicos, 5 eram militares ou prisionais.

Os hospitais públicos são geridos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2021), que representa a regulação do Estado no setor da saúde. Esta gestão estende-se aos recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos das instituições do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Os hospitais estão divididos em três designações: ‘Hospital’, ‘Centro Hospitalar’ e ‘Unidade Local de Saúde’, de acordo com a sua dimensão e/ou, no caso das unidades locais de saúde, integração com os centros de saúde da área de influência³. A título de exemplo, especificamos que os hospitais do

³ Para um melhor entendimento da segregação hospitalar por grupos, veja-se a portaria nº 82/2014 de 10 de abril, disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25343991/details/maximized>.

Grupo III abrangem todas as especialidades médicas e cirúrgicas e são hospitais universitários (*vd.* Anexo II).

A ACSS assume a definição de contratos-programa para a prestação de cuidados de saúde. No que concerne à política hospitalar, este organismo tem também a soberania sobre a certificação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) e Centros de Referência (CRe) que asseguram áreas de especialização médica e cirúrgica e para os quais outras instituições, como centros de saúde e hospitais que não detenham certos saberes especializados, possam referenciar e encaminhar os doentes. Estas redes de referenciação a nível hospitalar ocupam uma centralidade na resposta às necessidades de saúde da população, permitindo que o doente escolha a unidade onde queira ser acompanhado para um diagnóstico ou tratamento da especialidade médica ou cirúrgica que cubra a sua carência. O objetivo é garantir a qualidade dos cuidados de saúde nas diversas especialidades, sendo a sua operacionalização através de contratos-programa de acordo com a especialização e capacidade de cada instituição hospitalar⁴. Os CRe são, de acordo com a ACSS, reconhecidos por terem concentração de recursos técnicos e recursos humanos diferenciados em conhecimento e experiência, e conduzem formação pós-graduada e investigação científica nas suas áreas. Os indivíduos estão constituídos em grupos de trabalho que envolvem um responsável por especialidade, representantes da ACSS, da Administração Regional de Saúde (ARS), da Direção-Geral de Saúde (DGS) e dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos (OM)⁵. Neste sentido, os contratos-programa com os serviços designados como de referência preveem uma majoração percentual dos valores de consultas, tratamentos de cirurgias, e usufruem de uma redução de 50% nos preços a pagar a fornecedores de serviços externos. Dentro dos Centros de Referência, podem existir os referidos CRI⁶, onde se prestam cuidados com mais elevados padrões qualidade e eficiência e que gozam de moldes de incentivo extraordinário às equipas que lhes são exclusivas⁷.

⁴ *Vd.* portaria n.º 147/2016 de 16 de maio.

⁵ *Vd.* também Despacho n.º 6696/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

⁶ *Vd.* portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro, alterada pela portaria n.º 71/2018, de 8 de março.

⁷ *Vd.* portaria n.º 207/2017, alterada pela 254/2018.

Não obstante os hospitais de referenciação serem necessários a um sistema de saúde organizado, a realidade é que estes consomem uma parte muito significativa dos orçamentos para a saúde a partir do Produto Interno Bruto (PIB) de cada nação, o que coloca desafios a países com um baixo nível de produção interna, apesar de a literatura não especificar o valor alocado a cada um destes hospitais nem haver estudos comparativos ou análises de custo-eficácia suficientes que produzam *guidelines* para um gasto efetivo (Hensher, Price & Adomakoh, 2006). Contudo, continuam a ser uma peça fulcral no interior de qualquer sistema de saúde, seja ele de países desenvolvidos ou de países em vias de desenvolvimento (Jamison *et al.*, 2006).

O investimento económico e financeiro dos hospitais públicos é assegurado pela receita do Estado e pressupõe um controlo assíduo em função de um Plano de Atividades e Orçamento (PAO) elaborado e analisado pela ACSS e pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização (UTAM), incluindo o parecer das ARS. Estas são um órgão integrado na administração direta do Estado, sob a tutela do Ministério da Saúde, e assumem uma responsabilidade regional sobre a prestação de cuidados de saúde da sua zona de intervenção. As ARS dividem-se em Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve, sendo que Norte e LVT representam uma população de 3.800.000 habitantes⁸. Os acionistas das Entidades Públicas Empresariais (EPE) – que representam a pessoa coletiva de direito público sob o domínio do Estado –, os membros do Governo e os Conselhos de Administração destes hospitais celebram os contratos de gestão em alinhamento com o PAO por três anos. As propostas elaboradas por cada hospital são negociadas com a ARS da sua área geográfica e concluem-se numa proposta de PAO a submeter aos ministérios da Saúde e Finanças (ACSS, 2021).

Do ponto de vista sociológico, o hospital é analisado como um elemento *core* no sistema de saúde português, no qual o modelo predominante de organização do trabalho apresenta características únicas e diferentes da maior parte das organizações. O hospital é um produto do século XIX e XX, um lugar central no sistema de saúde, onde ocorrem a prática de medicina e a produção de conhecimento médico (Serra, 2008). Os hospitais inserem-se no vasto leque de instituições que fazem parte do universo das organizações operantes na esfera do trabalho e, como já foi veiculado no capítulo anterior, apresentam

⁸ *Vd.* www.sns.gov.pt.

características de funcionamento burocrático de uma especificidade a que as teorias sociológicas não conseguem dar resposta, parcialmente explicadas pela sua cultura e socialização dos funcionários, pelo seu sistema de autoridade, mas também porque se consubstanciam como referência principal no setor da saúde (Tavares, 2019; pp.123-124). Recorde-se que as organizações formais são a forma organizacional mais dominante em todo o mundo e o hospital é um claro exemplo disso (Giddens, 2009). Tal como noutras organizações, o hospital é um espaço de relações informais que estabelecem importância na tomada de decisão sem aval formal. Regras que regulam um procedimento de enfermagem num hospital ajudam a justificar como os enfermeiros agem em relação aos pacientes. Por exemplo, um enfermeiro preenche o processo de um paciente, mas também verifica o seu progresso por via de outros critérios informais, como se o doente vê bem ou se está alerta e animado. Manter apenas o rigor formal “impressiona os doentes e deixa os médicos felizes, mas nem sempre é essencial para a avaliação do enfermeiro” (*id.*, p.787). Em termos físicos, o edifício concebido para ser um hospital difere, na sua arquitetura, do de uma empresa ou escola. Está dividido por enfermarias, consultórios, blocos operatórios e espaços concebidos para trabalho administrativo. Apesar das relativas diferenças, as organizações modernas apresentam estruturas físicas que se assemelham entre si, conclui Giddens.

Lopes (2021) discute a ideia espacial de uma forma menos estrutural e mais centrada nas fronteiras que aí se concentram. O autor explica que, “à luz da etnografia, o espaço é um recurso usável, processável e constituível através das práticas quotidianas dos profissionais e do público – que decerto reproduzem muitas fronteiras entre diferentes categorias de pessoas, porém sem remeter necessariamente para os princípios da arquitetura (...)”. À imagem de outras instituições públicas burocratizadas, como escolas e tribunais (*cf.* Lopes, 2021), o hospital é um edifício constituído por inúmeras fronteiras físicas mascaradas de balcões, portas de acesso condicionado, elevadores de acesso restrito, circuitos exclusivos que delimitam áreas públicas e áreas reservadas, que apenas reforçam a distinção entre profissionais, cujo saber especializado é assim evidenciado, e indivíduos leigos oriundos do exterior, na condição de pacientes, escrutinados por elementos da segurança que lhes aprovam, ou não, a entrada, os mantêm em longas filas de espera e os direcionam à consulta, exames ou bloco, onde a sua presença foi previamente agendada.

Na sua abordagem à instituição ‘prisão’, Foucault (1995) sugere uma analogia das prisões do século XVIII a outras instituições, nomeadamente asilos e hospitais mentais, onde imperam o poder soberano, a examinação e educação dos *inmates*⁹ e um sistema de vigilância (*surveillance*) e controlo. O autor descreve este tipo de instituições como tendo uma organização física muito similar que infere sobre as relações de poder na sociedade e sobre as restrições aos comportamentos dos seus ‘presos’. Neste tipo de organização, as estruturas são qualitativamente semelhantes (*id.*, p.233) e indiciam símbolos de poder associados à sua arquitetura, como os lugares das posições de autoridade se encontrarem no topo do edifício ou as distâncias físicas entre as pessoas assinalarem uma polarização do grupo para impossibilitar a criação de subgrupos informais.

As instituições ‘completas e austeras’ (Baltard, 1829 *apud* Foucault, 1995) têm a função de assumir total responsabilidade pelo indivíduo, desde a sua conduta, ao treino físico, aptidão para o trabalho e estado mental (*id.*, p.235). Esta caracterização é aprofundada por Goffman (1991) nas suas etnografias de observação de cenários clínicos em instituições de saúde e nas vivências dos doentes mentais e outros ‘*inmates*’. A sua pesquisa permitiu-lhe uma análise da vida social destes estabelecimentos que designou de ‘instituições totais’, referindo-se a funções organizacionais, estruturais e processuais, tanto aplicáveis a hospitais mentais como a prisões, asilos, mosteiros e campos de concentração: “Uma instituição total pode ser definida como um lugar de residência e trabalho de indivíduos situados, retirados da sociedade por um longo período de tempo que, em conjunto, experienciam uma vida fechada e formalmente administrada” (*id.*, p.11). Estas instituições são simbolizadas pela barreira às relações sociais com o exterior, que se manifestam em formas de portas trancadas, paredes elevadas, arame farpado, muros ou precipícios que as isolem fisicamente. As instituições totais privam o indivíduo do conceito que ele fazia de si próprio na vida exterior, bem como dos detalhes que o caracterizavam, como roupas, bens pessoais, cabelo e outros, de forma a reconstituir-lhe um novo ‘eu’ em conformidade com a nova realidade no interior da instituição, o que, no

⁹ Note-se que a terminologia, neste caso particular, significa ‘os presos’. Contudo, em contexto hospitalar, como será adiante explicado, o mesmo termo é atribuído aos doentes. É uma forma de definir o sujeito em ‘privação de liberdade’.

âmbito das apreciações de Goffman, constitui mais uma destruição do que uma reconstrução da identidade dos *inmates*.

II.1.1 – O Hospital e as suas dinâmicas: os papéis principais de uma ordem negociada

Não é possível definir um hospital sem a compreensão das suas dinâmicas e relações interpessoais internas e externas. Partindo do princípio consensual de que o hospital é um local de acolhimento e atenção à vida humana em momentos sensíveis, e percorrendo uma linha em tudo semelhante à de Serra (2008) e Carapinheiro (1991), Oliveira *et al.* (2018), confirmam que a complexidade da estrutura da organização hospitalar reside na exigência de conhecimentos específicos para gerir os seus recursos físicos e humanos, até porque, nas últimas décadas, a tecnologia, os avanços na ciência e a forma de conceção da saúde, pelos órgãos públicos e pelos privados, têm obrigado a grandes transformações nas organizações hospitalares. Neste contexto, os autores intensificam que é importante atentar às expectativas dos profissionais e à sua satisfação, uma vez que há relações de troca entre os sujeitos que se refletem na qualidade dos serviços prestados. O hospital é um tipo de instituição que apresenta uma estrutura de autoridade burocrática e formal e, como qualquer outra organização, visa a maximização da eficiência no atingimento dos seus objetivos. Expressa uma dualidade das linhas de autoridade que decorre da autonomia profissional dos médicos, a qual se separa da autoridade burocrática formal que suporta as atividades diárias e que pode ser anulada por razões de ordem médica (Carapinheiro, 1991; Serra, 2008; Correia, 2012; Tavares, 2019). No ponto de vista de Serra (2008), esta dualidade torna o hospital uma organização de ‘burocracia profissional’, caracterizada por Mintzberg (1979) como um padrão em que os profissionais assumem o controlo sobre o seu trabalho e a coordenação se fundamenta na padronização das qualificações. Este modelo organizacional contraria o modelo de Weber, de burocracia racional-legal, de centralização e formalização do poder, como foi analisado no Capítulo I. Carapinheiro (1991) defende a mesma posição de Serra: no hospital atua um sistema dual entre a administração e os médicos, em que a autoridade profissional na divisão do trabalho hospitalar pertence a estes últimos, pela posse de

saberes e competências centrais para tratar e curar, e cujo ‘poder-saber’ penetra no poder administrativo nas áreas de ação e decisão hospitalar. Esta perspectiva de autoridade dual tem sido muito sublinhada nas etnografias hospitalares nacionais que apontam frequentemente para a sobreposição do modelo de racionalidade médica sobre o da racionalidade organizativa (Carapinheiro, 1991; Lopes, 2001; Serra, 2008; Correia, 2012; Tavares, 2014). Jamra, Cecilio e Correia (2016) subscrevem esta perspectiva e assinalam que também nos hospitais brasileiros se verifica esta alternância entre o poder médico e o administrativo. O sentido de autonomia dos médicos passa pelo direito de seleção de casos clínicos, reservas de camas, definição de horários e dedicação mais ou menos direta aos doentes. A autoridade dividida entre dois poderes de fundamentos adversos pode, contudo, representar um conflito de papéis. Perrow (1963) explica que nas instituições hospitalares há uma relação distintiva entre os objetivos oficiais – exercidos pela autoridade formal, que se traduz na gestão em função de objetivos de racionalização – e os operatórios, que são definidos por um poder médico e que se apoiam em objetivos de especialização médica e técnica, que podem não ter sempre o mesmo alinhamento.

Foi previamente definido o conceito de profissionalismo e as causas de poder e dominância médica, mas não será exaustivo justificar a posição de Freidson sobre o profissionalismo enquanto mecanismo de controlo social. Freidson (1974) torna indivisível o profissionalismo da capacidade que os profissionais adquirem de controlar o seu trabalho e de que alguns tipos de trabalho são tão especializados que se tornam inacessíveis aos que não se capacitam com formação específica e experiência, o que se traduz na crença de que esses trabalhos não podem ser estandardizados ou racionalizados. A especialização discricionária envolve tarefas minuciosas e especializadas, nas quais um julgamento discricionário deve ser exercido de modo à obtenção dos resultados esperados. O corpo de conhecimento requerido adquire-se através da formação especializada e torna os seus praticantes em especialistas, comumente designados de *experts (id.)*, como foi anteriormente apontado. As competências (aqui entendidas como a capacidade de usar o conhecimento na conclusão de uma tarefa) necessárias para a aplicação deste conhecimento para o desempenho da tarefa podem ser formais (codificadas em texto ou descritas no curso da formação) ou tácitas (não verbalizáveis). Esta especialização é a que dá corpo ao monopólio ou controlo sobre o próprio trabalho (*ibid.*, pp.17-34). Como defende Freidson (1974; p.5), não podemos, neste contexto,

ignorar a preeminência da profissão médica inerente à *expertise* que representa, uma vez que o conhecimento da medicina sobre a doença e a sua cura é autoritária e definitiva.

As questões que se colocam perante a conjugação das definições do que constitui o monopólio e controlo sobre o próprio trabalho quando confrontadas com a existência de uma autoridade dual nas organizações hospitalares, em que uma delas encontra pilar nas *skills* e especialização de um dado grupo profissional, estão muito próximas das evidências que se apresentarão ao longo desta investigação: não serão estas especificidades de natureza técnica, inseparáveis do exercício da profissão, o que legitima a autoridade médica? Não terá essa autoridade no último século representado uma autoridade formal e consequente, cujos eventos das últimas décadas destruíram? Existe atualmente uma autoridade médica nas instituições hospitalares que defina a sua orientação, ou essa autoridade está meramente reduzida a capacidades técnicas que se subjugam ao poder de uma gestão orientada para o cumprimento de objetivos gestionários?

Já abordamos, nesta análise, os pressupostos da divisão médica do trabalho e da hierarquia que coloca os grupos paramédicos (enfermeiros, técnicos, assistentes operacionais) como estando integrados, em diferentes graus, em redor do trabalho médico, colocando-se, assim, de fora do prestígio entregue pela sociedade à profissão médica, apesar de, entre si, representarem uma outra hierarquia (Freidson, 1974, p. 53). Aos grupos que compõem o corpo profissional relacionado com as questões de saúde e doença das instituições hospitalares, é exigida uma formação prolongada no formato de formação superior universitária e uma especialização, para além de lhes ser imputada responsabilidade sobre o trabalho realizado. São estes os indivíduos que vão definir a organização do trabalho na organização hospitalar, através de atividades coordenadas em tempo e no espaço da disposição física do hospital, concebida para o efeito, e pelo agendamento preciso de horários detalhados. A calendarização – uma condição de disciplina organizacional que encaixa as atividades de um grande número de pessoas juntas – regulariza as atividades e distribui, de forma eficiente, corpos em torno da organização (Foucault, 1995). Para melhor explicar a articulação entre as tarefas organizacionais dos vários grupos no quotidiano hospitalar, é imprescindível o aprofundar da ‘ordem negociada’ argumentada por Anselm Strauss como uma ordem

coordenadora e conciliadora das rotinas dos indivíduos em contexto de trabalho. Esta surge a partir de um artigo publicado em 1963 por Strauss, Bucher, Ehrlich, Schatzman e Sabshin, sobre uma ordenação das rotinas do trabalho, verificada e registada em observações de campo em dois hospitais mentais, um público e um privado. O conceito ganha forma pela corrente interacionista, nomeadamente pelos mais vocacionados para as organizações, como é o caso de David Maines, que enfatiza a continuidade da teoria com a tradição da escola de Chicago (Strauss & Maines, 1993). Para estes autores, as relações organizacionais não existem sem negociações padronizadas, com períodos limitados e sujeitos a revisão e renovação de acordos abertos ou encobertos, estabelecidos por alianças que se desenvolvem em qualquer nível da organização, as quais podem ser afetadas por eventos habituais ou excepcionais que alterem esta 'ordem negociada'. No hospital existem negociações de dois tipos: as negociações horizontais, que pressupõem o decurso do processo entre médicos, e as verticais, que são as negociações entre membros de outros grupos profissionais. Deste modo, destacam, a estrutura social do hospital tem origem em três fatores: no tipo de funcionários, nas suas ideologias de tratamento e na relação da instituição com as comunidades externas (Strauss *et al.*, 1963). O processo de negociação é diário e não só permite a realização do trabalho, como uma maior formalização e permanência das regras e políticas organizacionais, bem como entendimentos e convenções estabelecidas que instituem limites e direções da negociação (Strauss, 1978). Esta ordem, contudo, não abrange os subprocessos que Goffman (1961) revisitou no que considerou ser a subvida das instituições totais, como os hospitais mentais, as prisões ou os campos de concentração, enquanto locais onde as relações de poder se aplicam na forma de coação, agressão física e agressão psicológica, que desfiguram a identidade individual das pessoas institucionalizadas. Para Strauss e Maines (1993), sem os processos de interação não existiriam rotinas, modos estandardizados de ação coletiva, fossem eles recorrentes ou episódicos. São processos essenciais para a prevenção, a adaptação, a manipulação, a monitorização e a mudança, que são válidos tanto para as ações das pessoas como para as ações coletivas, e, portanto, verifica-se uma necessidade de persuadir, ensinar, coagir ou negociar com outras pessoas que podem ser indivíduos, grupos ou instituições.

Strauss (1978) explica a ação organizacional nesta perspetiva de negociação e compreende as organizações como processos de interação enquanto alternativa ao

interacionismo simbólico que limitou a negociação a uma ordem determinada em termos probabilísticos. O autor vai mais longe e questiona se a ordem social pode ser adequadamente entendida sem se utilizar a ferramenta da negociação, como se a organização não fosse possível sem um qualquer tipo de negociação (*id.*, pp.236-7). Os critérios desta ordem negociada apoiam-se nos seguintes pressupostos: no número de negociadores, na sua experiência e nos seus interesses; num processo pontual, repetitivo, sequencial ou interligado; no estabelecimento da procura de um equilíbrio de poder entre as partes; na visibilidade da transação para cada negociador; nas vantagens obtidas para si; no número e na complexidade dos assuntos a negociar; na legitimidade dos itens da negociação; e nas opções para conduzir ou interromper o processo de negociação. Até então, os estudantes de organizações formais tendiam a enfatizar demais as estruturas e regras estáveis em detrimento da mudança interna, pelo que a abordagem mais frutífera seria conceituar a ordem social como um processo, ou seja, continuamente reconstituída (Strauss *et al.*, 1963).

Gabe, Bury e Elston (2004) ressaltam que o modelo de ordem social enquanto ordem negociada cativou a atenção da sociologia para a interação dos profissionais e não profissionais e para as transações entre escalões no ponto de interseção das diferentes carreiras. Os aspetos que os atores destacam para a reflexão sociológica se concentram nas relações entre médico e enfermeira (habitualmente, esta função é assumida por mulheres) prendem-se com a alteração do comportamento da mulher, em geral, na sociedade e na consequente mudança de atitude com os médicos, bem como a transformação das políticas de saúde ao atribuir um maior número de tarefas à enfermagem, antes concentradas no exercício do trabalho médico. A maior relevância da teoria para a compreensão dos processos organizacionais é que a ordem social organizacional é um produto de interação social, e não um conjunto de regras burocráticas e constrangimentos externos, que não deixam de ser importantes.

Na mesma linha de Strauss, Tavares (2019) resume que a representação dos papéis dos indivíduos nas organizações não é mecânica nem obedece integralmente a uma divisão social do trabalho formalmente estabelecida; é, antes, dinâmica. Os atores autorregulam-se, de forma não espontânea, por uma interação fundeada em negociações informais de reprodução quotidiana que culminam numa nova ordem que se renova,

apesar de encontrar a sua limitação nas relações de poder formalmente definidas pela hierarquização interprofissional das estruturas organizacionais. São as relações, e não os indivíduos, que são reguladas e estruturadas através de cálculos racionais e estratégicos dos atores. Coordenam as ações, não se submetem a um órgão regulador, o que pressupõe que não há uma racionalidade única numa organização, mas a combinação dos objetivos dos diversificados atores e da própria organização (*idem*). Sendo, os hospitais, organizações com uma especificidade no tipo de trabalho, estas formas de negociação informal são contínuas e centrais à leitura das práticas que produzem um funcionamento quotidiano hospitalar único, que se reveste de imprevisibilidade, indeterminação e incerteza. À sombra desta teoria, tomamos como exemplo os novos padrões de interação, os novos trajetos nos acessos, os novos fardamentos e a própria distinção de espaços que ocorreram nos hospitais aquando do aparecimento do vírus Sars-COV2, que resultou numa reorganização do trabalho, em que horários e rotinas foram quebrados pelo advento de uma pandemia, cujos contornos de resolução eram desconhecidos da força de trabalho. Mais adiante aprofundar-se-ão os trâmites desta reordenação.

Na sua análise, Lopes (2001, p.38) enfatiza que a teoria da ‘ordem negociada’ representa um enorme contributo “de maior alcance analítico para a identificação de como se geram os processos informais nos quotidianos de trabalho e, particularmente, no trabalho de produção de cuidados de saúde, e, também, de como esses processos se articulam e se inscrevem nas estruturas contextuais que formalizam as relações e as práticas profissionais”. A autora alerta para a conveniência de obter uma visão de maior alcance analítico, que permita apreender os recursos utilizados pelos profissionais na protagonização desses processos e nas suas estratégias em contexto de trabalho. Para esta compreensão, recorre-se à teoria da ação estratégica (Crozier and Friedberg, 1977); os autores compreendem as organizações como constructos humanos expostos a situações nem sempre racionais, difíceis de gerir, prever e julgar. Numa perspetiva de poder e incerteza, enquanto pilares deste conceito, os autores identificam a interação dentro das organizações possibilitada pela regulação e coordenação do poder. O poder dos indivíduos é obtido através do controlo da incerteza, o que lhes permite refletir sobre a capacidade que o ser humano tem para ultrapassar o sistema. As relações intraorganizacionais são de negociação quotidiana e os condicionamentos são estruturais e só produzem impacto quando em conjugação com restrições. As estratégias

(oportunistas) desenvolvidas pelos indivíduos são modos naturais de atingimento de objetivos pessoais e desenvolvem-se a partir do poder adquirido. As fontes de poder dos grupos não se restringem às que foram antes elencadas (especialização, *skills*, conhecimento); verificam-se também nas relações entre a organização e o seu ambiente externo, no controlo da informação e mesmo nas próprias regras organizacionais, e conferem aos grupos um poder paralelo que pode anular ou modificar o plano formal (*idem*). A cultura organizacional, entendida pelos autores como uma capacidade individual ou coletiva de organizar relações mútuas, pode ser apreendida pelos indivíduos e melhorada no sentido de aumentar o seu potencial relacional, isto porque existe sempre uma componente afetiva nas relações e estas são sempre estratégicas, independentemente da habilidade de cada indivíduo de se relacionar e cooperar com os outros. Esta cultura tem uma influência direta no compromisso do indivíduo e na eficácia dos resultados pretendidos. As regras organizacionais do ‘jogo’ resultante destes processos de interação limitam os participantes ao mesmo tempo que lhes assegura o poder de continuar (*ibid.*).

II.2 – O papel do doente

A organização ‘hospital’ não existe sem doentes. Para além das equipas que compõem o tecido organizacional, os doentes têm um papel determinante no sistema social e no sistema de saúde. Na perspetiva funcionalista da profissão médica de Parsons (1951) sobre a definição da importância do fenómeno social do papel do doente, e da importância que os cuidados de saúde representam na sociedade moderna, este papel só pode ser atribuído pelos médicos, o que lhes confere autoridade e poder para intervir nos corpos doentes, legitimados pela importância funcional do seu papel, atribuída pela sociedade. É esta autoridade que permite ao médico dar ordens ao doente, mesmo que este saiba que a única penalização no seu incumprimento é o dano causado à própria saúde. No que seria um tipo clássico de ‘relação contratual’, os direitos e obrigações estariam especificamente limitados ao que são, implícita ou explicitamente, os ‘termos do contrato’; o ónus da prova recai sobre quem exige uma obrigação, que é realmente devido, mas, na relação médico-doente, o ónus da prova recai sobre quem incumpriu a obrigação. O facto de o foco central do papel profissional do médico recair na sua

competência técnica confere uma importância muito grande ao universalismo no padrão institucional, governando-o (Parsons, 1939).

Parsons (1991) aprofunda que o sistema social é um sistema social impregnado de processos de ação de interdependência. As práticas médicas oferecem uma oportunidade de representar algumas das principais inter-relações dos elementos do sistema social na sua função orientada aos distúrbios da saúde dos indivíduos com doença. O problema da doença – que incapacita os indivíduos para o desempenho dos seus papéis sociais – está intimamente ligado aos pré-requisitos funcionais do sistema social. O autor ressalva que a saúde é uma necessidade funcional do indivíduo em sociedade, na medida em que, para um funcionamento disfuncional do sistema social, quanto menor for o nível de ‘saúde’, maior a incidência da ‘doença’. A doença é vista pelo autor como um fenómeno que não ocorre apenas de forma ‘natural’ ao indivíduo, mas está envolvida nas interações motivadas dos seres humanos. Os fatores motivacionais acessíveis à análise em termos de ação estão envolvidos na etiologia de muitas doenças. A doença pode ser um modo de resposta às pressões sociais e uma forma de o indivíduo se evadir delas, mas também pode ter um significado funcional positivo. Como já foi debatido na análise da sociologia das profissões, o papel relevante atribuído ao médico na estrutura social resulta da classe geral dos papéis de ‘profissional’ (orientado à coletividade, ancorado em conhecimento e competências técnicas e de especialização obtidas através de um processo de formação intensiva prolongada), que resultam na especificidade da função. Ao médico exige-se, no cumprimento do seu papel social, uma neutralidade afetiva e o tratamento objetivo de um problema, em virtude de uma objetividade cientificamente justificada. A ideologia da profissão pressupõe uma orientação à coletividade, pelo que a obrigação do médico é colocar sempre o bem do doente acima dos seus interesses pessoais ou comerciais (*idem*)¹⁰. Contextualmente, deve atender-se ao facto de existirem dois tipos de médicos: os que trabalham e estão inseridos numa organização, e os ‘privados’, que trabalham diretamente para o doente e dele auferem o seu rendimento. Parsons enfatiza que é crucial o entendimento de que a habilidade para cuidar da pessoa ‘doente’ não confere nenhuma competência especial para o estabelecimento dos termos da troca,

¹⁰ Para o autor, o lucro deve ser excluído do exercício da profissão. Bury (1997), na esteira de Parsons, afirma que o sociólogo estabelece uma clara distinção entre a medicina e o mundo dos negócios, no sentido médico da orientação para o serviço à coletividade.

independentemente de haver ou não uma política social de saúde que assuma os custos. Cada vez mais, o desenvolvimento tecnológico da medicina exige que o médico dependa de um vínculo com uma organização onde possa exercer as suas competências e partilhar casos de maior complexidade que envolvem a cooperação de outras especialidades médicas e outro pessoal auxiliar, o que o alivia de uma certa responsabilidade assumida na prática exclusivamente 'privada'. O autor adianta que, no sistema de expectativas institucionalizado, existem quatro fatores indissociáveis do papel de 'doente'. A isenção das responsabilidades sociais é uma e implica o padrão institucionalizado da participação do médico enquanto agente legitimador, o que constitui, para o médico, uma obrigação e, para o doente, um direito. Esta legitimidade tem a função social de evitar o 'fingimento', ao mesmo tempo que o doente, habitualmente resistente à admissão da doença, se refugia numa autoridade que lhe imputa o 'dever' de ficar de cama. A segunda perspetiva tem a ver com o facto de o indivíduo não poder recompor-se sozinho. A sua condição exige que o cuidem, o que é fundamental na aceitação da 'ajuda'. O terceiro fator tem a ver com o estado de 'estar doente' e a obrigação de 'ficar bom'. O quarto elemento apontado por Parsons prende-se com a obrigação de o doente procurar ajuda tecnicamente competente, ou seja, do médico, e cooperar na sua recuperação, tornando o papel de pessoa doente, enquanto paciente, articulado com o do médico, numa estrutura de papel complementar. O papel do doente, na sua relação com a estrutura social, é um papel 'contingente', socialmente respeitado, independentemente do estatuto do indivíduo, considerado 'negativamente atingido' na tentativa de 'ficar bem' (*ibid.*, p.294). O papel da relação médico-doente está também ele revestido de elementos padrão, em que o doente assume a sua necessidade de recurso a conhecimento especializado que ele não detém, e o médico, que detém esse saber e está institucionalmente validado, procede na 'ajuda' qualificada ao doente. Um dos aspetos determinantes nesta relação prende-se com a exposição do corpo, socialmente visto como algo inviolável, que protege a integridade do indivíduo. Observar a pessoa nua, tocar e manipular o corpo – símbolos de elevado significado social – é um privilégio que carece de contexto e explicação, do qual o médico aufere para executar a sua função. Para o doente, esta exposição pode criar ansiedade. O mesmo acontece com o acesso à informação confidencial do doente: para executar a tarefa, o médico pode ter de 'violiar' a privacidade do doente com questões, por exemplo, sobre a sua sexualidade, o que causa inibição e ansiedade e a sensação de exposição e exploração.

Na assunção do seu papel profissional, é inevitável a invasão do médico nos assuntos privados, psicologicamente significativos para o doente, o que o torna vulnerável; são os seus julgamentos e medidas que lhe conferem a ‘autoridade’ sobre o doente para ‘invadir’ e ‘explorar’ o seu corpo. Estas questões constituem um problema funcional ao sistema social. O papel do doente perante o médico representa, portanto, um desamparo fundamentado na sua incompetência técnica e na sua irracionalidade (ou a ausência de conhecimento sobre a cura) que constituem o mais óbvio significado funcional do padrão. A dependência do controlo é colocada através de mecanismos informais. O padrão define que a confiança seja mútua (o médico faz tudo para que o doente se cure e o doente colabora) e que, quando é quebrada, o doente possa consultar outro médico e as leis ou sanções disciplinares sejam cumpridas. Para assegurar um equilíbrio entre os dois papéis, existem leis severas para as más práticas e procedimentos disciplinares das ordens dos médicos, temática, aliás, que fez parte desta investigação e que será discutida a posteriori.

De acordo com Gabe, Bury e Elston (2004), a abordagem de Parsons considera o papel dos cuidados médicos como o cumprimento de certos requisitos considerados necessários para o funcionamento de todos os sistemas sociais. Os autores referem que o modelo parsoniano representa que parte do elemento psicológico da doença deriva de respostas à pressão social, às tensões que os sistemas modernos criam aos indivíduos, o que lhes proporciona a utilização deste mecanismo de isenção temporária e de posterior retorno à normalidade, como forma de alívio dessa pressão. Gerhardt (1989), numa visão mais crítica à forma como a sociologia médica compreende esta teoria, argumenta que dois modelos de doença podem ser identificados dentro do paradigma parsoniano: um modelo estrutural, com foco na doença como incapacidade para o desempenho de papéis, e um outro modelo psicodinâmico, cujo foco reside na doença enquanto desvio motivado. No entanto, a sociologia médica negligenciou o modelo da doença enquanto desvio, rotulando também como de ‘desvio’ o modelo da incapacidade. Os modelos podem comportar uma leitura dos aspetos positivos e dos aspetos negativos da doença. O aspeto negativo reporta ao fracasso de ‘ficar bem’ e tem o seu foco no modelo de incapacidade; o aspeto positivo, ou de motivação para se retirar dos constrangimentos sociais, enquadra-se no modelo de desvio. Ambos têm a sua base na assunção de que a doença concede “gratificações intrínsecas ao indivíduo, isentando-o/a das suas obrigações sociais” (*id.*, p.230), o que representa uma ameaça às estruturas sociais pela repressão das necessidades

emocionais que produz conformidade de papéis e permite passividade e dependência, fatores que colocam em risco a competição 'saudável' no trabalho. No modelo de desvio, reflete a autora, o papel do doente é visto como um mecanismo de controlo social, porque a maioria das doenças envolve fatores psicológicos. Este foi, aliás, um ponto de partida para o que Parsons previu como o modelo psicossomático da doença enquanto resposta dos indivíduos, pelo amplo espectro de ações sociais envolvidos no estado de doença (Gabe, Bury e Elston, 2004). Gerhardt encara o modelo parsoniano da doença enquanto desvio, tal como ele tem sido apresentado pela sociologia médica, como uma versão mutilada do modelo estrutural e sublinha que o modelo não sustém na sua amplitude a relação dialética entre as necessidades do indivíduo e as restrições sociais. Para a autora, a proposta de Parsons argumenta uma noção de necessidades individuais inconscientes, distinguindo-as de pressões primárias e conformidades usuais, capaz de conceituar a repressão das necessidades individuais como pressuposto, bem como o resultado da socialização. A noção de sistema, juntamente com a distinção entre constituição de necessidades individuais e cumprimento de normas sociais, cria uma perspetiva estrutural. A teoria parsoniana revela uma análise estrutural do ponto de vista sociológico dos temas de repressão e necessidades não satisfeitas na sociedade (Gerhardt, 1989; p.246).

Gallagher (1976) interpreta os paradigmas sobre o doente e a relação terapêutica como a base da sociologia da doença e o impulso para uma quantidade substancial de pesquisa empírica e conceituação na sociologia médica. Contudo, critica, a conceção de desvio não consegue explicar todos os aspetos significativos de saúde/doença, nomeadamente as suas áreas mais problemáticas como, por exemplo: a doença crónica, em que não há possibilidade de retorno do paciente à saúde; a postura aquiescente da profissão médica diante do comportamento generalizado de risco à saúde; e a contradição entre a elevada posição de saúde pessoal na hierarquia dos valores e a extensão da saúde preventiva. A doença crónica ocupa um tempo de recuperação demasiado extenso, ou até mesmo uma definitiva incapacidade de recuperação, para se poder encaixar no papel temporário da doença. O autor sugere que o doente crónico não é complacente, mas ativo ao lidar com a adaptação à doença, e critica a visão de Parsons da doença demasiado centralizada no médico. Reforça que o papel da família, o apoio leigo e outros grupos profissionais também são significativos para o doente, e acrescenta ainda a baixa

prioridade que a profissão médica dá à prevenção da doença. O cuidado preventivo não só promove a manutenção de uma boa saúde, mas também previne consequências adversas da doença reconhecida (*id.*, p.209).

Bury (1982), e ainda a propósito das doenças crônicas, sublinha que o interesse da sociologia médica por estas se relaciona com o paradigma parsoniano conceitual da doença e do papel de doente, e com a discussão destas doenças inerente à teoria; se, por um lado, estas doenças negam as assunções de Parsons sobre a padronização da doença, por outro, propõe a separação do ‘desvio’ na perspectiva adaptativa nas visões previamente sugeridas por Gerhardt e por Gallagher. Na consideração global das doenças crônicas enquanto deficiência, embora as definições médicas possam ser, por vezes, inadequadas na prestação de serviços e bem-estar, isso não substitui o papel do conhecimento médico leigo e especializado na explicação das experiências ou dos comportamentos associados a elas (*id.*, p.168). O autor demonstra que uma pessoa cronicamente doente – que experiencia uma doença disruptiva com o mundo normal – pode fazer adaptações ao seu estilo de vida e ainda ter acesso a períodos de comportamento clássico do papel de ‘doente’ quando ocorrem eventos como a intervenção cirúrgica ou exacerbações súbitas de sintomas. A rutura que ocorre “põe em evidência os recursos cognitivos e os materiais disponíveis aos indivíduos; exhibe as formas-chave que explicam a dor e o sofrimento na doença assumida na sociedade moderna, a continuidade e descontinuidade dos modos de pensar profissionais e leigos e as fontes de variabilidade na experiência decorrentes da influência de restrições estruturais sobre a capacidade de adaptação” (Bury, 1982; p.178, tradução livre). Acresce que o envolvimento da medicina na reorganização das experiências disruptivas das características arbitrárias da doença crônica traduz questões de controlo social.

II.3 – As Organizações face ao Estado

II.3.1 – Welfare State: Estado Social ou Estado-Providência

“(...) As transformações por que têm passado as políticas de saúde nos últimos dez anos têm paralelo com as que têm ocorrido nos países capitalistas avançados no mesmo período, pelo que a compreensão das vicissitudes do Estado-Providência destes países é fundamental para compreender aquelas por que tem passado o Estado português.”

(Santos, 1987)

De acordo com Tavares (2019), a par do acentuado crescimento económico e do clima de euforia assente na crença do progresso das sociedades, após a II Guerra Mundial assiste-se ao início da implementação de políticas sociais, cujo ponto de partida se deu na Europa, nomeadamente no Reino Unido. Estas políticas sociais visavam o bem-estar das populações e ancoraram-se nas teses económicas de John Keynes, que deram lugar à designação de Estado-Providência. Mesmo na Europa, pode distinguir-se a prevalência de três modelos deste novo Estado, como a seguir se detalhará. Esta alteração paradigmática da vida das sociedades, depois dos pesados efeitos tanto da Grande Depressão americana (1928-1930) como da II Guerra, suscitou uma ampla discussão de teorias mais ou menos defensoras (ou limitadoras) da centralização do poder de proteção das pessoas no Estado. O progressivo aumento de pesquisa sobre os regimes de produção das sociedades industriais avançadas e o impacto das transformações económicas nos sistemas de proteção social na América Latina e nos países Comunistas provocaram um crescimento na literatura sobre os *welfare states* (estados sociais ou de providência) nas últimas décadas (Smelser e Swedberg, 2005). Os autores explicam que existem três categorias revistas por Myles e Quadagno (2002): a lógica do industrialismo, a centrada no Estado, e as abordagens da luta de classes políticas.

A propósito da providência de direitos sociais, Esping-Andersen (1991) propõe três dimensões sobre as quais o estado social providencia direitos sociais: a) um tipo institucional ou social-democrata, caracterizado pelo universalismo de cobertura e pelos direitos de cidadania e provisão pública de serviços, que refletem solidariedade e

igualdade; b) um tipo corporativista/conservador – posteriormente denominado de democrata-cristão –, identificado pela cobertura universal, mas com benefícios diferentes para cada programa e direito a esses benefícios, baseado nas categorias de emprego e no financiamento público dos serviços privados providos; e c) um último tipo, residual ou liberal, traduzido por uma cobertura parcial: os benefícios são baseados na necessidade e escassez de serviços sociais financiados, os quais refletem liberdade individual e eficiência e estão assentes no mercado de trabalho. A esta tipologia, que determinou a pesquisa subsequente, foram acrescentados um quarto tipo, *wage earner*, por Castles e Mitchell em 1993, e um quinto tipo, o ‘sul-europeu’ descrito por Leibfried em 1992 e Ferrera em 1996. Smelser e Swedberg acrescentam que há uma estreita ligação entre estes modelos e os tipos de regimes de produção. Para além deste fator, sendo os principais investimentos dos Estados-Providência a educação, a saúde e o emprego de bem-estar, o regime social-democrata demonstra ser o que maiores níveis destas três áreas representa. A observação de que os níveis de emprego nestas vertentes são superiores neste regime é resultado e causa do crescimento da força de trabalho feminino a partir dos anos 1960 e, através deste, do desenvolvimento dos cuidados de dia e dos serviços sociais em geral. (Smelser & Swedberg, 2005; pp.552-569).

Antes da década de 1970 não poderia afirmar-se a real existência de *welfare states*. Estes dependem de critérios que defendem o seu papel na sociedade, que não é o de gastar nem tributar mas também pode não ser o de criar igualdade; os estados sociais assentes no mercado começaram a afirmar-se como mais ou menos desmercadorizados em três modelos: um primeiro modelo, em que predomina a assistência social e os direitos não estão ligados ao desempenho do trabalho, mas à comprovação de necessidade (mais visível em países anglo-saxónicos), e que resulta num fortalecimento do mercado; um modelo de previdência social estatal com amplos direitos, em que os benefícios dependem quase integralmente de contribuições oriundas do trabalho e emprego, que pode não assegurar uma desmercadorização substancial; e um terceiro modelo, o Beveridge, que oferece benefícios básicos e iguais para todos os cidadãos, mas que, apesar de solidário, não é totalmente desmercadorizante, pois dificilmente os benefícios têm qualidade suficiente para serem alternativos ao trabalho (Esping-Andersen, 1991). A título de extrapolação do anteriormente exposto por Smelser e Swedberg, Esping-Andersen defende que o *welfare state* não é apenas um mecanismo que intervém – e talvez corrija

– a estrutura de desigualdade; é, em si mesmo, um sistema de estratificação, uma força ativa no ordenamento das relações sociais. Estado, mercado e famílias apresentam combinações diferentes entre nações que não estão linearmente distribuídas e, como tal, agrupam-se nos regimes liberal, corporativista e social-democrata. O modelo social-democrata procurou um Estado-Providência que promove a igualdade com qualidade, com serviços e benefícios compatíveis, atualizando o gasto à nova classe média e garantindo a igualdade aos trabalhadores através da participação na qualidade dos direitos usufruídos pelos mais ricos.

Para muitos indivíduos nas sociedades contemporâneas, o Estado Social é o único fornecedor de cuidados médicos possível. Carapinheiro (1986) explica que as transformações sociais das sociedades industriais do pós-guerra nas décadas de 1950 e 1960 incluem o desenvolvimento do *welfare state* ou ‘Estado de Bem-Estar’. Este abarcava uma reorganização dos sistemas de cuidados médicos suportada por uma nova dinâmica populacional, por mudanças das doenças típicas, pelo aumento da esperança média de vida, pelo desenvolvimento de tecnologias médicas e pelo aumento dos custos da procura de serviços de saúde, que provoca uma subida de custos na medicina. De acordo com Santos (1987), o direito à saúde e as políticas de saúde são uma dimensão básica deste Estado-Providência, designação, aliás, que o autor associa à forma política do Estado nos países capitalistas, contrariamente ao conceito de Estado Social, cuja terminologia está associada a um socialismo na transição para o século XXI. O Estado-Providência é, para o autor, o resultado de um compromisso teorizado no plano económico por Keynes, entre o Estado, o Capital e o Trabalho, no qual os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia e lucros, e os trabalhadores a parte das suas reivindicações, renúncias estas geridas pelo Estado, que reverte os recursos financeiros resultantes do capital privado e rendimentos salariais em capital social. Este assume as formas de investimento e consumo sociais e torna-se responsável pela compatibilidade entre crescimento económico e políticas sociais, ou seja, entre capitalismo e democracia. O investimento social traduz-se em bens e serviços que aumentam a produtividade do trabalho e a rentabilidade do capital investido, e o consumo social traduz-se em “despesas em bens e serviços consumidos gratuitamente ou a preços subsidiados pelos trabalhadores, despesas que, por isso, fazem baixar o custo da reprodução da mão-de-obra, aliando a pressão sobre o capital para aumentos de salários diretos” (Santos, 1987;

p.14). A este consumo acrescem as despesas com grupos sociais sem relação salarial e que se expressam na educação, habitação, transporte e saúde, entre outros. O autor conclui que esta ampliação das despesas sociais na última metade do século XX traduziu-se na criação de novos organismos estatais que regularam ou produziram os novos serviços de que o Estado se encarregou, como o Serviço Nacional de Saúde. O autor detalha que a expansão da administração pública teve como consequências a direção para interesses próprios e não gerais e alterações qualitativas nos modos de intervenção do Estado, tendo sido as políticas distributivas substituídas por políticas produtivas. “Na maioria dos Estados capitalistas avançados (e também em Portugal), a saúde é uma área em que é fácil observar a progressiva mudança das medidas distributivas para as medidas produtivas. Esta mudança, ao aprofundar a atuação do Estado, provocou uma enorme expansão da burocracia ao mesmo tempo que tornou obsoletos os critérios de racionalidade que até então tinham dominado a atuação estatal”, afirma (*idem*, p.18).

A flexibilização do Estado aos direitos sociais, como é o caso da saúde, pode passar pela restrição ao seu acesso, deteriorando a qualidade da prestação desse serviço, ou não regulamentar as leis que criam esses direitos, ou, ainda, não criar as suas estruturas administrativas, o que atribui ao Estado um padrão de atuação demasiadamente contraditório, prossegue, acrescentando que a ideia base do Estado-Providência é fazer corresponder os imperativos do crescimento económico e a equidade social. Se, nas décadas de 1950 e 1960, o excedente produzido da economia possibilitou as despesas do capital social, e o Estado português se expandiu e expandiu os direitos sociais não recíprocos e criou novos direitos graças à luta política e independentemente da conjuntura económica (Santos, 1987; p.23), também é verdade que o final deste período denuncia uma crise do Estado cuja origem está no dispêndio acima dos seus recursos, cujas consequências remontam a uma crise financeira, uma inflação crónica, o aumento do desemprego e uma revolta contra os impostos. Por outro lado, o Estado-Providência entra num fenómeno de crise complexo e contraditório, em parte porque a racionalidade burocrática, tão defendida por Weber, estava assente nas medidas distributivas, ou seja, nos inputs, e não nas produtivas (*outputs*), mensuráveis pelo lucro. Para além destes fatores, Boaventura de Sousa Santos refere que, em termos sociológicos e culturais, o Estado-Providência em Portugal atingiu um forte grau de penetração com a sociedade

civil que a distinção entre Estado e sociedade civil deixa de ter sentido (Santos, 1986 *apud* Santos, 1987).

Na saúde, refere, a remercadorização dos bens e serviços de saúde através de medidas como a implementação de taxas moderadoras, o retrocesso na utilização de recursos por parte dos profissionais – que sabem que os utentes não podem pagar –, tal como as restrições de pessoal ou da entrada de estudantes em medicina, ou a ausência de progressão de carreira e o achatamento de remunerações do pessoal, ou as limitações à construção hospitalar, ou a aquisição de equipamentos, diminuem invariavelmente a sua procura. Como resultado, o Estado procura no capital privado parcerias na produção de bens e serviços de consumo coletivo, como é o caso da saúde, contratualizando e subsidiando essa produção, para além de mudar a orientação das suas despesas de bens e serviços de trabalho intensivo, como o internamento hospitalar, as intervenções cirúrgicas de risco e as urgências, para bens e serviços de capital intensivo, como medicamentos e equipamentos ou meios complementares de diagnóstico, tornando-se um complexo social-industrial, e assegurando uma divisão de produção essencial ao capital privado. Os serviços de capital intensivo mais produtivos acabam por ficar reservados para os privados, e os trabalhos intensivos e menos produtivos, para a produção estatal, assegurando uma remercadorização dos bens e serviços de saúde após a criação do Serviço Nacional de Saúde (Santos, 1987; pp.26-30). Esta ambiguidade do Estado leva o autor a colocar a hipótese generalizada de que o contexto português é consequência do europeu, com alterações e consequências mais ou menos diferentes. Parte de dois pressupostos: a) que o Estado-Providência, em sentido técnico, não existe em Portugal, pois o impacto do complexo social-industrial difere na sociedade portuguesa devido às assimetrias regionais e à existência de uma administração pública desarticulada e autoritária; e b) que a sociedade compensa as deficiências da produção estatal de saúde através da produção artesanal de medicina popular. Assim, define o Estado-Providência português como sendo uma relação social complexa que envolve um pacto político para compatibilizar capitalismo e democracia, uma despesa muito elevada em capital, investimento e consumo social, uma relação tensa entre acumulação e legitimação e uma estrutura administrativa rígida que interiorizou a concessão dos direitos sociais. Por esta razão, Santos e Ferreira (2002) confirmam que os atributos do Estado português estão aquém dos do Estado-Providência; é um ‘quase-Estado-Providência’ consolidado num

período de crise económica e política do modelo em que se inspirou, pelo que importa questionar se se enquadra no modelo das políticas sociais dos seus pares como Espanha, Itália e Grécia.

II.4 – O Serviço Nacional de Saúde: universalidade, generalidade e gratuidade ou mercadorização?

“Agora é preciso que a lei seja aplicada. Mas isso já não depende de nós. Tarefa nacional e patriótica, terá de ser o povo a tomar a bandeira e a transportá-la para a outra margem do rio – lá, onde construiremos um futuro melhor, mais livre e mais fraterno, porque a saúde não será uma mercadoria que se compre e se venda, mas um bem coletivo como o ar e o sol, as flores e os frutos, que tornará a vida numa alegria quotidiana.”

(Arnaut, Mendes & Guerra, 1979)

É aquando da sua intervenção na Assembleia da República, em 9 de fevereiro de 1978, que o então ministro dos Assuntos Sociais do II Governo, António Arnaut, anuncia a medida da criação do Serviço Nacional de Saúde com um diploma legal que viria a definir as suas bases jurídicas, técnicas, administrativas e financeiras, com uma implantação mais acelerada nos distritos de Vila Real, Guarda e Beja, consideradas, então, as mais carenciadas. A sua criação implicaria a extinção das outras formas de assistência médica (como caixas, postos clínicos, ADSE e caixas autónomas) em benefício de um serviço único de acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição social ou profissional, mas sem quebra de compromisso com a prestação de cuidados de saúde pelos serviços privados. A filosofia intrínseca do SNS seria a de um serviço dinâmico para o povo em prol da saúde, declara Arnaut, Mendes e Guerra (1979). Antes de ser implementado, já Arnaut lhe reconhecia limitações de ordem técnica, humana, financeira e política. À época, existiam 13.000 médicos em Portugal¹¹, metade dos quais em Lisboa e um quarto no Porto e em Coimbra, o que representava um esforço de mobilização humana. Do mesmo modo, eram já reconhecidas as limitações

¹¹ Em 2020, a Pordata refere a existência de mais de 57.000. *vd.* Pordata.pt.

orçamentais que apelavam a uma disciplina de gastos e as taxas moderadoras pensadas como racionalização do acesso; a gratuidade aplicar-se-ia a: “crianças até completarem cinco anos, mulheres grávidas e em período *post-partum*, pessoas com mais de 65 anos, deficientes incapazes de angariar meios de subsistência e titulares de pensão social” (Arnaut, Mendes & Guerra, 1979; p.20), o que, na sua soma total, representava dois milhões de portugueses existentes nestas condições¹².

Com quatro décadas de distanciamento, Serapioni (2017) defende que em Portugal existe atualmente um Estado Social¹³ que garante o direito dos cidadãos à saúde, em termos de prestação de cuidados universais, gerais e de tendencial gratuidade¹⁴. O SNS, nascido em 1979, é considerado uma realização major do regime democrático (Augusto, 2012), que, no interior de uma crise com limitações técnicas, humanas e financeiras, almejava uma revalorização dos direitos sociais na saúde, cuja “execução afetava negativamente os diferentes interesses capitalistas envolvidos na produção da medicina privada” (Santos, 1987).

O SNS, cuja debilidade e fragilização se mantiveram ao longo do tempo, foi fortemente afetado pela crise económica mundial de 2008, que implicou a intervenção do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Central Europeu (BCE) e da Comissão Europeia (CE). Entre 2011 e 2014, o Memorando de Entendimento (ME) implementou medidas de austeridade que interferiram nos custos hospitalares. Estas medidas geraram implicações diretas na motivação, rendimento e direitos dos profissionais de saúde, e consequências sociais, pelo prejuízo para o estado de saúde da população (Nunes, 2018), bem como o aumento das desigualdades sociais no acesso (Serapioni, 2017). Este tipo de ações podem corromper o serviço de saúde nos moldes em que foi concebido. Nesta linha de raciocínio, e a propósito da empresarialização dos hospitais públicos, Correia (2009) reforça Carapinheiro (1991), afirmando que o hospital é o principal elemento do sistema

¹² No projeto de Arnaut estavam já incluídas a reformulação das carreiras médicas e a articulação, através de convénios, da medicina pública com a medicina privada. O projeto de lei de bases da saúde, cujo objetivo principal seria a consagração do artigo 64º da Constituição da República que invoca “o direito da proteção à saúde como um direito fundamental inerente à condição humana” (p.36), foi apresentado sob o ‘modelo misto’ do SNS em dezembro do mesmo ano.

¹³ O autor não apresenta qualquer distinção do Estado-Providência.

¹⁴ O autor considera as taxas moderadoras que racionalizavam à época a utilização dos serviços.

de saúde português; o seu funcionamento organizacional decorre em parte das relações profissionais e das ordens negociadas aí estabelecidas, não sendo um mero recetáculo da envolvente política. O autor assinala que não podemos esperar que este funcionamento coincida com um direcionismo político muito centrado em resultados por via da necessidade de racionalização dos gastos públicos. Ainda que o modelo do Estado-Providência pós-II Guerra não seja atualmente sustentável, importa igualmente compreender se os moldes da sua criação se refletem em igualdade social. Apesar da pretensão profunda de igualdade e equidade nos *welfare states* e nos sistemas de saúde, para Serapioni (2017), as desigualdades sociais na saúde são um tema crítico na maioria dos países europeus. A história recente da saúde em Portugal contempla tipos diversos de desigualdade, como direitos e oportunidades, o que permite refletir e pensar que a equidade em saúde continua a ser sujeita a múltiplas formas de ameaça (Carapinheiro, 2014). Os discursos políticos no que concerne à sustentabilidade do SNS são, para a autora, um reflexo destas ameaças. A equidade está associada à garantia do direito constitucional da saúde, mas os parâmetros do cumprimento desse direito mantêm uma tônica excessivamente assente em questões financeiras. A desigualdade está refletida no discurso da socióloga nas modalidades da privatização dos serviços de saúde, sejam elas autónomas ou de sobreposição aos serviços públicos, como um modo de delegação, substituição ou demissão da responsabilidade do próprio Estado. Para a autora, a privatização dos serviços públicos equivale à mercadorização dos cuidados e potencia a ascensão de um clima de gestão na administração das organizações de saúde onde imperam os mecanismos de racionalização dos custos de saúde. Estes traduzem-se em demoras médias de internamento cada vez mais curtas, uma maior rotatividade dos doentes por cama e um uso crescentemente seletivo das tecnologias médicas. Estas tendenciais conflitualidades aportam riscos que não se confinam apenas ao risco de adoecer (*idem*). A complexidade da saúde em si, sublinha Carapinheiro, nomeadamente a gestão da dor e da organização terapêutica dos cuidados continuados, que demandam outro tipo de qualificações mais exigentes, a todos os agentes envolvidos no sistema de saúde, por forma a inovar e melhorar competências e a encontrar respostas para as vulnerabilidades da desigualdade (*idem*). Na esteira da socióloga, a equidade em saúde comporta a ausência de disparidades em grupos com diferentes níveis de vantagem social, em termos de poder e prestígio (Carapinheiro, 2010). Carapinheiro fundamenta que as

assimetrias geográficas na distribuição dos recursos de saúde – as quais são politicamente dependentes e de orientações contraditórias, ora concentrando ou desconcentrando tecnologias e recursos médicos especializados, deslocando-os entre regiões – tornam o acesso aos cuidados de saúde mais condicionado e mais caro para os utentes, o que, conclui, denuncia a promiscuidade entre os setores da saúde público e privado (*id.*).

Esta realidade constatada ao longo da sua investigação e descrita por Graça Carapinheiro parece não ter fim à vista. De acordo com Temido and Dussault (2014), o sistema de saúde português continuará a confrontar-se com desequilíbrios entre a oferta e a procura de profissionais médicos e com assimetrias geográficas na distribuição, que aumentarão em consequência da crise financeira. Correia (2012, p.67.) resume que a literatura é convergente no sentido de que as questões financeiras do final do século XX limitaram o modelo do Estado-Providência, sendo os seus postulados mais difíceis de assegurar numa prestação pública nos moldes como foi concebida, o que promoveu a abertura da prestação de serviços públicos ao mercado concorrencial privado.

O mesmo SNS outrora aspirado por Arnaut foi enfraquecido no tempo por ordem de razões políticas e mudanças sucessivas de governos, que alternam entre partidos de direita e de esquerda. Arnaut e Semedo (2018) exemplificam com a perda de capacidade instalada e capacidade de resposta à crescente procura dos seus serviços, permitindo a introdução da concorrência privada, que faz crescer a dependência do SNS sobre os seus serviços. Enquanto fator de dinamização da economia e do emprego nacional, pela sustentação de viabilização de muitas empresas, o setor público apresenta condições de assegurar o total cobrimento das necessidades de saúde da população, evitando o recurso ao setor privado. Os autores sublinham que, na saúde, o SNS e os privados funcionam como um sistema de vasos comunicantes: o que o público não faz, faz o privado; enquanto o SNS regride, o privado avança. Este jogo, concluem, é a aposta dos privados, com êxito, na demissão de um Estado que não defende o interesse público e conduziu o SNS a uma crise profunda, enquanto o setor privado da saúde é dos mais rentáveis da economia, com rentabilidades muito superiores às de outras atividades.

Ao longo desta dissertação, podemos concluir que o cenário acima descrito se mantém, apesar de a crise económica se ter desvanecido no tempo, tendo dado lugar a

uma nova crise que, embora sem causas económicas ou financeiras, acaba por apresentar sérias consequências no sistema de saúde.

II.5 – O Hospital, a Economia e as Políticas Sociais de Saúde

Na lógica de Tavares (2019, p.180.), “as políticas de saúde enquadram-se no contexto mais vasto das políticas sociais (setoriais) que se constituem como uma das componentes do sistema político e, em última instância, do sistema social”. As políticas de saúde constituem uma parte das políticas setoriais e em Portugal ascendem aos primórdios da implementação do sistema de proteção social debatido no subcapítulo anterior. Serra (2015) acrescenta que as políticas de saúde estão integradas no grupo de temáticas relevantes de complexidade social de interesse particular para a sociologia; a reflexão sociológica para a análise das políticas de saúde tem sido essencial para a sua compreensão, pois tem permitido trazer para a discussão outras perspetivas para além das orientações preferenciais de outros domínios científicos. Para a autora, os limites financeiros, que levaram a tentativas de reforço da regulação estatal, moldaram as reformas introduzidas no setor da saúde e traduziram-se em estratégias de redução de financiamento e fornecimento de serviços. Por seu turno, Carapinheiro (2005; p.20.) denuncia a balizagem do quadro legal alicerçado em influências políticas sobre o papel do hospital no sistema de saúde português, que converteram um projeto de desenvolvimento (da integração da rede de prestação de cuidados hospitalares com os cuidados primários) num projeto “progressivamente esvaziado de alcance social”. Tal é explicado pelas mudanças de orientação política para o desenvolvimento da centralidade do hospital no sistema de saúde que não coincidem com os usos que os indivíduos fazem dos serviços de saúde, nem com os recursos ou as necessidades da população. Isto resulta numa desarticulação entre cuidados primários e diferenciados, em que a procura de serviços fica concentrada nas estruturas hospitalares, que, por consequência, gera uma saturação dos recursos. É a partir daqui que o sistema de saúde se torna dualista, comportando a oferta dos setores público e privado (*idem*).

Do ponto de vista da economia, importa salientar que a teoria económica e a importância do setor da saúde nas economias desenvolvidas atribuem grande relevância à economia da saúde cujo foco reside na afetação de recursos para a saúde (Barros, 2019). As despesas de saúde, em termos de consumo de recursos, são destacadas pelo seu peso

em termos globais e na despesa pública. Os hospitais são uma organização incomum no universo empresarial, pela natureza das suas funções e pela sua organização interna, mas, tal como noutros setores de atividade existem preços implícitos ou explícitos, neste setor existem trabalhadores e equipamento produtivo. Por essa razão, o raciocínio económico aplica-se, do mesmo modo, ao setor da saúde e mantém-se o pressuposto de que a procura de um bem ou serviço depende negativamente do seu preço. A inerente presença de incerteza é um fator crucial da distinção deste setor. A incerteza persiste em quanto ao momento de necessidade de cuidados de saúde, ao seu custo, ao estado de saúde, ao tratamento adequado e aos seus efeitos (*id.*, p.25). Estes justificam elementos de seguro privado ou social, cujo papel é de agente adicional no jogo da oferta e da procura e quem paga o bem ou serviço, ao invés do seu beneficiário. Sendo público, como no caso do Serviço Nacional de Saúde, ele pode determinar contribuições obrigatórias para a organização do sistema. Outras entidades presentes no setor não têm como objetivo a obtenção do lucro (*i.e.*, instituições sem fins lucrativos, que procuram financiar alguns fins com excedentes obtidos noutras atividades), e outras objetivam-no, o que aporta um juízo de valor ao consumo deste bem que não se reconhece noutros consumos. Este juízo ético é o princípio de que nenhum indivíduo pode ser privado de cuidados de saúde, independentemente da sua condição financeira. Barros defende, assim, o livre funcionamento do mercado e da concorrência, apesar das limitações à obtenção de licenças, regulação da qualidade¹⁵ e a regulação do número de prestadores. O Estado recolhe impostos e assume as despesas dos cuidados de saúde, fornece os bens e serviços hospitalares, de cuidados primários, de vacinação, entre outros, e regula a sua forma de relacionamento com os outros seguradores/prestadores enquanto agentes económicos do setor da saúde. O Estado intervém diretamente quando se verificam externalidades, como as doenças contagiosas, e emite normas e leis que condicionam a atividade de todos os agentes, incluindo os indivíduos. A maior problemática nos últimos anos apontada por Pita Barros relativamente ao Estado prestador, assenta nas listas de espera, no excesso de urgências, na insatisfação dos grupos profissionais e dos doentes, no crescimento da despesa e no surgimento de grupos populacionais com necessidades especiais¹⁶. Como formas de saneamento, o poder político oscila entre os apoios ao setor privado, a

¹⁵ Já aqui se mencionou a regulação do acesso à profissão médica.

¹⁶ *i.e.*, alcoólicos, idosos, doentes com SIDA, a necessitar de transplantes, entre outros.

tendencial gratuitidade dos cuidados, o encorajamento aos seguros privados, a gestão de hospitais públicos por grupos privados e o managerialismo (*ibidem*, p.30)¹⁷.

Segundo Rosner (2003), os gastos sociais em saúde crescem mais do que a receita. Nos países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), pelo menos dois terços da despesa em saúde são providenciados ou financiados pelos sistemas públicos e estão concentrados num pequeno segmento da população. A abordagem da política social da saúde defende que onde há uma doença, há uma necessidade de serviços de saúde, que deve ser coberta de modo a não colocar em perigo a saúde e a vida. As pessoas têm direito aos cuidados de saúde, o que é defendido no plano de Beveridge em 1944, no qual se fundamentou o estado social britânico na década de 1940. Este modelo defende um serviço nacional de saúde que assegure aos cidadãos qualquer tratamento médico necessário, em qualquer forma que seja requerido. As leis de segurança social de países como a Áustria, a Alemanha e a Suécia definem que os serviços dos fornecedores de saúde devem servir para curar a doença sem, contudo, exceder o necessário e defendem a equidade para toda a população. Do ponto de vista da economia, o autor defende que se 10% do PIB é para a despesa em saúde, então esta deve ser racionalizada. Tendo em conta que a racionalização através dos mercados, nomeadamente os serviços de saúde, são alocados de acordo com a disponibilidade para pagar, tal é considerado não ético pela abordagem da política social, o que distancia a política social dos problemas económicos na provisão dos cuidados de saúde. Se, por um lado, um sistema de orientação ao mercado como, por exemplo, o suíço deve cuidar as necessidades não satisfeitas através do fornecimento comercialmente organizado de serviços de saúde e seguros, por outro lado, todos os sistemas de política social devem considerar custos e

¹⁷ Para a análise deste tema, importa remontar ao contexto macroeconómico da saúde e inserir a realidade lusitana num comparativo a outras realidades. No Reino Unido, os cidadãos residentes têm acesso ao sistema que é financiado por impostos, uma parte de copagamento, e os pobres são isentos de taxas. No sistema austríaco, as pessoas são listadas de acordo com a profissão em diversos seguros de saúde e o serviço é financiado pelos impostos, divididos equitativamente entre empregado e empregador (Rosner, 2003). Os mercados de seguros funcionam bem para eventos de elevado custo e baixa probabilidade, e não sendo normalmente a saúde revestida destas condições, os seguros abstêm-se de cobertura, aumentam prémios ou cancelam contratos por diagnósticos de doença de longo termo. Outro problema de mercado é que as pessoas não se comportam racionalmente, subestimando riscos, e os seguros são pensados na parte mais tardia da vida (os seguros aumentam com a idade e têm demasiadas cláusulas dificilmente perceptíveis). Por último, o estado da arte da saúde e as novas tecnologias: a sua distribuição não é exógena e depende da regulação dos contratos de seguro e dos sistemas de saúde públicos (*idem*).

olhar para a eficiência (*id.*, pp.85-86). No que concerne às estruturas organizacionais, Rosner explica as diferenças entre as várias estruturas públicas: os serviços de saúde publicamente organizados (como o SNS); as instituições de seguro nacional (como no caso francês Assurance-Maladie); os seguros publicamente mandatados com contratos regulados para propósitos de políticas sociais e subsídios de prémios (casos holandês e suíço) e o acesso aos serviços de saúde para certos grupos publicamente subsidiados ou financiados, como o caso americano da Medicaid. Num Estado como o português não existe escolha entre diversos programas como em países como os EUA ou a Suíça, que oferecem a possibilidade de escolha entre planos mais ou menos generosos, dedutíveis ou com copagamentos. Mas em praticamente todos os Estados há concorrências entre os diversos provedores de serviços de saúde.

Na ótica do autor, os efeitos alocativos afetam o uso de recursos numa economia e permanecem nas políticas sociais de saúde, o que ergue a questão da eficiência e da ineficiência. Tanto os serviços privados como os públicos limitam os serviços cobertos e os não cobertos e restringem as escolhas dos médicos em relação aos doentes: o cuidado gerido. Os hospitais são pagos por tabelas de grupos relacionadas com o diagnóstico e recebem, por exemplo, um pacote integrado por cada apêndice retirado – se os custos se mantiverem abaixo do *fee*, obtêm lucro, e no caso oposto, prejuízo. Esta fórmula é objeto de investigação porque levanta questões como a qualidade dos serviços, uma vez que os provedores se sentem mais motivados a prover menos serviços. Para concluir, Rosner explica que a despesa em saúde aumenta com o PIB *per capita*. O aumento de custos deve-se à subida de preços (produto e mão-de-obra), fatores sociais e políticos (extensão dos serviços públicos de saúde a mais pessoas e regiões, novas doenças), ao crescimento demográfico (aumento da esperança de vida e alteração da composição demográfica) e ao progresso tecnológico (de produto e de produção)¹⁸.

¹⁸ As tabelas da base de dados da OCDE apresentadas nos anexos III, IV e V demonstram os níveis de consumo do Estado por cidadão no ano 2017 e os cenários entre 2008/ 2017 e 2017/2020 de atribuição percentual do PIB à saúde em cada um dos países que fazem parte desta organização. Em 2017, Portugal gastou 2888 dólares com a saúde de cada cidadão, enquanto a Noruega gastou \$6351, Espanha \$3370, Irlanda \$5449 e Itália \$3541. Este quadro coloca Portugal muito distanciado não só do nível dos países ricos da Europa do Norte e Central, mas também abaixo dos países do sul da Europa e da Irlanda – este último, a par com Portugal, sofreu a implementação das medidas de austeridade da *Troika* entre 2011 e 2014. A tendência dos países europeus nos últimos anos em termos de atribuição de percentagem do PIB à

Numa lógica de soluções para um serviço de saúde governamentalizado e deficitário, Mourão, Campaniço e Brüheim (2012) apresentam um estudo baseado na análise documental sobre os efeitos da governamentalização, considerando as dimensões de eficácia e eficiência na implementação de medidas na área da saúde, na análise de discurso dos agentes que desenham e implementam as políticas de saúde públicas, e em entrevistas a atores privilegiados (ministros, secretários de Estado e políticos ligados à área, bem como investigadores, professores, enfermeiros, médicos e gestores hospitalares) da saúde, durante o ano de 2011. Em situação de crise económica, financeira e social, a sustentabilidade de sistemas de proteção como a saúde é vista como um ponto de fragilidade da governança em Portugal. Este valor, como já foi previamente veiculado por Carapinheiro, acentua-se na assistência aos mais vulneráveis e no acesso à saúde por igual, independentemente do estatuto económico, como sendo uma prioridade na resolução do problema, bem como o investimento nos cuidados primários e de proximidade, descentralizando o hospital para uma assistência especializada em casos mais agudos, evitando a sobrecarga destes com casos menos urgentes. Esta solução tornaria médicos de família em informadores privilegiados da população, através do investimento em informação e educação, aumentando a literacia para a saúde (uma forma de empoderamento da população, aliada a uma maior consciência e participação ativa na prossecução dos objetivos do sistema de saúde). O setor social deve assumir o seu papel sobre os mais próximos do risco de exclusão na saúde. Quanto à gestão das listas de espera, Mourão, Campaniço e Brüheim (2012) reiteram que os entrevistados apostam num maior controlo dos tempos máximos, no reforço dos cuidados primários e num melhor planeamento na gestão dos recursos humanos e materiais. No que concerne à despesa pública em saúde, e tendo em conta a elevada percentagem, mas o baixo PIB do país - que distancia este valor total pela negativa na comparação com outros países -, o estudo das autoras aponta para uma menor dedução fiscal, aumento de genéricos e importação de medicamentos substancialmente mais baratos e uma maior atenção às prescrições de exames e à aplicação de taxas moderadoras conformes com a diferenciação económica e financeira dos cidadãos, no sentido de atingir uma maior racionalização e eficiência dos recursos e eliminar a gestão danosa ou fraudulenta. A atribuição de postos

saúde é de aumento, enquanto em Portugal a tendência é de diminuição - entre 2008 e 2017, a descida foi de quatro décimas percentuais (de 9,4% para 9%).

de trabalho por mérito e não por decisão política, a monitorização que garanta a sistematização na avaliação nos resultados da contratualização, atribuindo responsabilidades aos gestores e às suas equipas, e a otimização na gestão dos recursos humanos existentes, são fatores mencionados no estudo como de sublinhada importância para uma sustentabilidade do sistema. As autoras sugerem um debate alargado para melhoria da eficiência e eficácia do sistema de saúde poderá gerar novas formas de governo e abrir cenários de soluções ajustadas e ações que incorporem uma visão estratégica no sentido de atingir estes objetivos (*id.*, pp.12-18).

Segundo Giraldes (2003), uma das características mais sentidas pela população é que 33% da despesa total em saúde constitui despesa privada não reembolsável, onde se inserem as consultas, os internamentos, os meios complementares de diagnóstico e medicamentos. Para além disso, existem outros prestadores considerados subsistemas, a destacar, a ADSE, que assume a proteção social aos funcionários da administração pública e abrange mais de um milhão de pessoas, o serviço de proteção a forças militares (FMM) e o SAMS, que provê assistência médica a bancários, serviços que, por vezes, implicam uma duplicação com o SNS. A cobertura do SNS no início do século XXI atingia níveis superiores a 80%, mas estas taxas não obstam a um mercado paralelo de oferta de seguros privados de saúde que foi sendo “adotado como forma de reforçar a cobertura pelo sistema básico de saúde” (*id.*, p.124). O mesmo é observado por Fernandes e Nunes (2016), que sugerem que, no sistema da saúde português, o nível de prestação de cuidados de saúde no setor privado aumentou significativamente não só para a população, como no seu envolvimento com o Estado, através de convenções e parcerias, o que, no hospital, acentuou “a natureza mista do sistema através de um evidente reforço da componente privada na rede hospitalar, particularmente através do investimento em unidades de âmbito generalista” (*id.*, p.217). Este facto comprova que a relação dos últimos 30 anos entre ambos os setores se aprofundou, o que se explica, parcialmente, pelo incremento da oferta assegurada pelos privados na última década. A percentagem de redução de hospitais públicos entre 2002 e 2012 (7,6%) não se distancia muito da correspondente ao crescimento de hospitais privados, com idêntica tendência no número de camas.

Para além dos prestadores privados de saúde, existem outros organismos sem fins lucrativos (por exemplo, IPSS, Misericórdias) que se articulam com o Estado no preenchimento das lacunas de resposta do SNS à população. Carapinheiro e Page (2002) referem que criação legal do SNS¹⁹ acentuou a clivagem entre a ‘primeira linha de defesa’ (os centros de saúde) e a segunda linha de defesa (o hospital), em virtude da atribuição de um lugar de destaque na saúde pública aos centros de saúde – cuja versatilidade permitia abarcar indivíduo, família e comunidade –, mas investindo amplamente nos hospitais. As autoras sugerem que desde a década de 1930 que a sobreposição dos setores público e privado ocorria na matéria do sistema de assistência português, em que o Estado se situava numa função entre ‘supletiva’ e ‘interventora’, entregando direito e caridade aos indivíduos na complementaridade expectável entre ambas; previdência e assistência sobrepunham-se, reconhecendo a estratificação social produzida pelos que tinham e pelos que não tinham acesso ao sistema de previdência. Esta sobreposição entre os dois setores ocorria paralelamente à posição ambígua que o Estado mantinha face às atividades de assistência (*id.*, p.86). A proximidade entre os dois modelos de assistência configurava-se, já à época, com traços de promiscuidade que, referem, persistirão. Apesar do lugar central que o hospital ocupa no sistema de saúde, acrescentam, a produção legislativa das últimas décadas do século XX incide sobre uma política de saúde pública. As políticas de saúde refletem uma clara adesão a orientações internacionais, como a OMS e o Parlamento Europeu, e estão desenhadas ao ‘modo europeu’, onde a preocupação com os gastos em saúde “tanto pode radicar na infiltração de um modo americano’ de gestão dos sistemas, como pode ser apenas a expressão do formato racionalizador do modelo neoliberal das economias europeias” (*ibid.*, p.114).

¹⁹ Lei n.º 56/79 de 15 de setembro.

II.6 – A Nova Gestão Pública (NGP)

A sociologia não tem sido indiferente aos efeitos da introdução do ‘managerialismo’ na dinâmica hospitalar portuguesa. A investigação de maior relevância foi a de Tiago Correia (2012), cuja análise qualitativa permitiu adquirir uma perspetiva real dos impactos das reformas que se operaram nos hospitais e nos cuidados de saúde primários a partir de 2002 e, mais concretamente, da transformação dos hospitais em Entidades Públicas Empresariais e dos seus efeitos nas relações profissionais. Segundo o sociólogo: “à semelhança do que ocorre na generalidade dos países europeus, a Nova Gestão Pública (NGP) representa em Portugal uma lógica política de funcionamento assente na compatibilização entre a universalidade e a tendencial gratuitidade do acesso a cuidados de saúde (princípios que em Portugal estão inscritos na Constituição da República Portuguesa) e a necessidade de racionalização dos gastos públicos” (*id.*, p.76). O autor contesta a associação da NGP a uma tentativa de privatização do SNS com a subjacente ameaça ao Estado-Providência, apesar de que lhe seja inerente que a maior liberalização da atividade do Estado e do alargamento aos agentes privados conduz a uma possível alteração da configuração da prestação pública dos cuidados de saúde. São disso exemplo as PPP criadas para concessão de obras públicas ao setor privado, cuja intenção é a obtenção de melhores resultados, apesar de existirem casos em que a solução permanece mais dispendiosa e de nem sempre o parceiro privado cumprir as condições contratuais (*ibid.*).

A NGP identifica os esforços levados a cabo no final do século XX para reformar um modelo de gestão pública adotado pelo Estado-Providência, tornando a sua eficiência na administração pública mais ativa e cumprindo os seus preceitos de base: melhorar o seu desempenho; aumentar a sua eficiência; evitar a corrupção; orientar a Administração Pública para as necessidades dos cidadãos; abrir a Administração Pública à sociedade; torná-la mais transparente e idónea; definir e identificar competências e responsabilidades; e evitar o desperdício (Rodrigues *et al.*, 2005). Sérios ataques contra o *welfare state* se levantavam nos países anglo-saxónicos, onde é visto como um prejuízo para o equilíbrio natural da economia, por via dos elevados gastos públicos. A criação da União Europeia, e a conseqüente liberalização dos mercados, desnuda as carências individuais de cada país, atraindo o capital de risco e aumentando a competitividade, o

que exige revisão das práticas administrativas nos processos de gestão e estruturas organizacionais. Como forma de solucionar os problemas de eficiência da gestão pública, a NGP introduz mecanismos de mercado e adota ferramentas de gestão privada²⁰.

Na perspectiva de Hood (1991), numa linha muito próxima de Rodrigues *et al.* (2005), a *New Public Management* (NPM) é a designação de um conjunto de doutrinas administrativas que dominaram a agenda de reforma burocrática em múltiplos países da OCDE no final dos anos 1970. Apresenta-se como uma das mais desafiadoras tendências de administração pública internacionais, definida por características que atestam a sua importância como tentativas de abrandamento ou reversão do excesso de despesa pública em termos de gastos e pessoal, a viragem para a privatização, com ênfase renovada na 'subsidiariedade' em provisão de serviços, no desenvolvimento da automação, especialmente das tecnologias de informação, produção e distribuição dos serviços públicos e no desenvolvimento de uma agenda internacional enfocada nos problemas gerais da administração pública, no desenho de políticas, nos estilos de decisão e na cooperação intergovernamental em prol das políticas antigas de uma administração pública individualista em cada país. Para o autor, o nascimento da NGP surgiu da união entre duas teorias opostas: a) '*as novas economias institucionais*', baseadas no desenvolvimento da escolha pública, na teoria da transação de custos e na teoria do agente principal do pós-II Guerra Mundial. Este movimento gera um conjunto de reformas administrativas fundamentadas em ideias de contestabilidade, escolha do utilizador, transparência e estruturas de incentivo, teorias que se opõem a doutrinas militares burocráticas tradicionais de 'boa administração'; e b) o conjunto de ondas sucessivas de '*gerenciamento*' do tipo negocial, movimento que lançou uma série de doutrinas de reforma administrativa baseadas em ideias de conhecimento primordial em 'gestão profissional', que requerem poder discricionário para o atingimento de resultados, através do desenvolvimento de culturas adequadas para uma melhoria de *performance* organizacional, com outputs medidos e ajustados²¹. Deste modo, a *NPM* é considerada

²⁰ Rodrigues *et al.* (2005) resumem as várias dimensões destas práticas gestionárias: a) A gestão profissional; b) As medidas de desempenho; c) A maior transparência na relação custo/benefício; d) Maior responsabilização; e) Maior competição; f) A introdução de instrumentos de gestão privada; e g) Maior ênfase na qualidade do serviço.

²¹ As teorias sobre a rápida aceitação da *New Public Management* variam entre quatro ideias centrais: a da racionalização industrial, que sublinha o 'barato, superficial e popular'; uma segunda teoria, que olha a

como universal, na medida em que parece resolver as ‘maleitas da gestão’. Demonstra a portabilidade e difusão transversalmente necessárias a diferentes tipos de organizações ou de políticas e diferentes países, embora na prática se tenha confirmado incompleta, por ter tido menos impacto nas burocracias internacionais, no controlo de departamentos e demonstrado necessidade de variações. Do ponto de vista dos críticos, a marca de liberdade de administração da *NPM* tendia à compulsão. Esta universalidade deve-se igualmente à sua neutralidade política, ou seja, uma estrutura ‘apolítica’ que se oferecia como um instrumento neutro com possibilidade de atingimento de objetivos de qualquer representante eleito, independentemente da tendência política (*id.*). Como em qualquer doutrina, ao longo dos tempos foram surgindo críticas como a falta de substância da própria teoria, o prejuízo ao serviço público alicerçado numa ineficácia na redução de custos por unidade de serviço, que é caracterizada por uma doutrina que serve interesses particulares de promoção de carreira do grupo de elite dos ‘novos gestores’ de topo em prol da prestação do serviço público e dos interesses dos funcionários de nível inferior, e, com grande relevância, a crítica à sua transversalidade, ou seja, de carácter universal – o argumento é de que valores administrativos têm implicações diferentes para os aspetos base e fundamentais do *design* administrativo. Na sua análise, Hood conclui que a génese da *NPM* é muito vinculada ao corte de custos, ao fazer mais com menos, em consequência de uma gestão de maior qualidade e com uma estrutura diferente. Apesar da ausência de evidência, tudo aponta para que uma mudança nas estruturas de diminuição da orientação do comando e o aumento da ‘orientação para resultados’ estejam associados a melhorias na produtividade. Mesmo assim, associando a *NGP* à busca da frugalidade, resta investigar se os sucessos atingidos são à custa de garantias de honestidade, de tratamento justo e de segurança e resiliência. Em suma, a cultura assumida é a da honestidade do serviço público através de procedimentos como salários fixos, regras de procedimento,

Nova Gestão Pública como um fenómeno do ‘culto da carga’; um terceiro ponto de vista traduz a fusão da tradição alemã do desenvolvimento económico liderado pelo Estado (*Volkswirtschaft*), por profissionais de gestão pública, com a anglo-saxã, com uma tradição da economia liberal, aliada à preocupação de igualar o autointeresse com o dever na administração, que tem as suas raízes no utilitarismo (Hume, 1981 *apud* Hood, 1991). A quarta explica a *NPM* como a resposta para um conjunto de condições sociais especiais resultantes de uma longa paz entre os países desenvolvidos no pós-II Guerra, que se traduz num período único de crescimento económico.

permanência de posse, restrições sobre o poder da gestão de linhas, e linhas claras de divisão entre os setores público e privado.²²

Numa lógica adversa, a lógica da não universalidade, Matei and Antonie (2014) sugerem que a NGP se foca em resultados, sublinhando a necessidade de avaliar o desempenho numa escala de atingimento de objetivos, com responsabilidades claramente definidas para a sua execução, sendo que os *outputs* devem ser monitorizados para o êxito de uma organização que quer provar-se eficiente. A redução de custos e a gestão inteligente de recursos são os dois conceitos basilares da NGP e conduzem à ideia de que eficiência e eficácia são critérios de desempenho para as políticas de desenvolvimento local. Esta doutrina não só melhora o sistema adaptativo complexo, a administração pública, como todo o ecossistema do processo de entrega de serviço público. As reações dos agentes devem ser quantificadas para demonstrar essa eficiência e essa eficácia em cada resultado obtido, pelo que os comportamentos no sistema adaptativo complexo são analisados num enquadramento lógico, de modo a promover a melhor interação entre os agentes. As ações devem ser tomadas em tempo reduzido e por *clusters*. As soluções de melhoria de políticas e respetiva implementação não podem, por estes motivos, ser universais devido à multiplicidade de fatores a avaliar (*id.*).

Diefenbach (2009) apresenta uma visão mais crítica da teoria e defende que esta reforma tem um impacto multidimensional nas organizações públicas, tendo em conta a sua génese e as consequências negativas que o autor reclama atingirem tanto estas como as pessoas que nelas trabalham. A NGP foi introduzida em todos os setores de serviços públicos, desde o governo central ao local, nas instituições governamentais, na educação e na saúde, como um fenómeno global desde o Oeste industrializado até aos Estados Unidos. Este movimento traduzido como sendo de negócio, de orientação ao mercado e de *performance*, de relação custo-eficiência e alicerçado em auditorias, foi suportado por todos os grandes partidos políticos de direita e de esquerda. A competição e a pressão

²² Hood sugere que se investigue a clonagem deste modelo em países do Terceiro Mundo ou da Europa de Leste, que se averigue até que ponto os preceitos da NGP são compatíveis com a ‘engenharia de segurança’, e se a ênfase no corte de custos, a contratação e a compartimentação do topo são compatíveis com a cultura de segurança na linha de frente. Outra questão que se mostra pertinente é se este modelo produz efeitos positivos na gestão de entidades públicas cujo bem de produção é a saúde, com uma orgânica profissional assente numa ordem negociada e nas quais os grupos profissionais detêm autonomia.

sentidas nas organizações públicas deveu-se, de acordo com os seus defensores, ao ambiente de maior desafio e de negócio sentidos²³. Para Diefenbach (2009), a criação de novos valores de quantificação abstrata e de monetarização parece prejudicar ou até mesmo destruir valores como a imparcialidade e o ethos do serviço público, a equidade social e os princípios do *welfare*, a integridade, equidade e valores comunitários, justiça social, o cuidado das dimensões qualitativas e a unicidade de cada indivíduo, denunciando uma desvalorização dos bens e serviços públicos e dos valores e princípios éticos da governação pública. No que respeita à orientação aos *stakeholders*, o autor sublinha a problemática da ‘orientação ao cliente’, que se centra no ridículo de estudantes ou até mesmo doentes passarem a ser designados de ‘clientes’. A noção de custos, tão presente na NGP, é vista por si como produtora de resultados contraditórios, uma vez que não existe uma linha de base clara que permita a comparação entre todos os custos e benefícios. A orientação para os custos resume-se à redução de custos, serviços e qualidade e a uma supressão das atividades que não são lucrativas. O aumento da formalização e das rotinas burocráticas impede o bom desempenho do pessoal da linha da frente na realização das tarefas que diretamente servem cidadãos e comunidade – os sistemas de medida e a gestão de *performance* traduzem-se meramente em trabalho acrescido, diminuindo tanto a eficiência como a eficácia. Isto é contraditório aos princípios proclamados da NGP; abala no terreno o trabalho dos profissionais e transmite uma falsa impressão de dados gerados e agregados. Muitos dos gestores, reitera, têm falta de experiência e *background* profissional, apesar de experiência de gestão. Os profissionais que fizeram carreira na gestão adaptaram-se às atitudes e padrões de gestão, retórica e ideologias, abandonando as suas visões e valores profissionais. Estes gestores deixam transparecer uma falta de conhecimento e transmitem incompetência interpessoal, aliada, muitas vezes, à falta de compreensão ou ignorância no que toca aos problemas e trabalho do pessoal da linha da frente, apesar da eloquente retórica impressa nos seus relatórios. São gestores que impactam diretamente na vida dos profissionais e produzem

²³ Diefenbach critica as três orientações externas estratégicas: a orientação para o mercado; a orientação para os *stakeholders*; e a orientação ao cliente. No que subjaz à orientação interna, a NGP proclama maior eficiência, efetividade e produtividade e custo-efetividade – o que se traduz por redução de custos, incluindo medidas de *downsizing*, procedimentos concursais competitivos, *outsourcing* e privatização de serviços.

efeitos devastadores na qualidade dos serviços prestados à população e nas pessoas que os prestam.

Este impacto estende-se à cultura organizacional e mais à frente serão identificados pelos resultados desta investigação. Os conceitos modernos de Gestão de Recursos Humanos (GRH) exigem desenvolvimento de habilidades negociais, proatividade e empreendedorismo, associados a uma nova cultura e uma nova ideia de liderança que Diefenbach considera provocar um conjunto de efeitos psicossociais e organizacionais negativos, como sejam: o aumento do *stress* ocupacional, a doença²⁴, a baixa moral, o declínio na satisfação e motivação, a alienação, o medo, o ressentimento, os efeitos intelectuais distorcidos da escrita para as auditorias, um sistema competitivo, um *ethos* punitivo, bem como uma auditoria dispendiosa, *stressante*, excessivamente burocrática e dispendiosa, o aumento das tensões, a maior desconfiança entre as pessoas, formas de violência simbólica e intimidação institucional, um clima de trabalho mais duro e uma rede invisível de poder e dominação. Estes aspetos estão também identificados no trabalho etnográfico e nas entrevistas e inquéritos realizados durante esta investigação e que serão adiante discutidos.²⁵

Outro conceito que importa abordar é o da digitalização enquanto revolução tecnológica, que veio sobrecarregar hospitais e profissionais de ferramentas e processos para os quais não foram formados. Segundo Dunleavy *et al.* (2006), a NGP é mais uma das ondas de reforma da administração pública fundada na desagregação, na competição e no incentivo, mas que não terá produzido os seus maiores efeitos nos países designados como “de ponta” em termos de tecnologia, consequência dos efeitos adversos do aumento da complexidade política e institucional. O trabalho etnográfico demonstra os efeitos negativos que a digitalização provoca na relação médico-doente.

²⁴ Pode aqui abrir-se um parêntesis para a análise de Parsons sobre a doença em contexto psicossomático, que será discutida no decurso deste capítulo.

²⁵ Diefenbach propõe uma revista aos conceitos de ‘managerialismo’ aplicados através do olhar dos *standards* da ética para o serviço público. A governação pública deve reger-se por normas de cidadania, bem-estar público e equidade que devem sobrepor a agenda pública a ideologias de mercado, de concorrência, de eficiência, de valor do dinheiro e de *managerialismo*.

II.6.1 – Efeitos Perversos da Economia e da Gestão no Trabalho Médico

Na análise de Noordegraaf e van der Meulen (2008), médicos e outros grupos profissionais de saúde têm enquadramentos monetários e estratégicos que aplicam no seu quotidiano. As instituições de saúde crescem, são geridas por conselhos de administração e os executivos gerem os cuidados de saúde como negócios. Eficiência, planeamento e controlo, qualidade e estratégia, resultados e *performance* são termos organizacionais para melhorar o desempenho organizacional. Outros, como concorrência, fusões e quasi-mercados estabelecem os campos de ação para organizações de saúde e outros *stakeholders*. Conceitos como governança, diretores clínicos, gestores médicos ou medicina baseada em evidência estão ligadas aos cuidados de saúde e substanciam as reformas no setor. Uma expressão disso é que os sistemas de saúde devem ser transformados em sistemas eficientes de resposta racional (*idem*). Nos anos 1980, as ações políticas de reforma no setor da saúde centraram-se nas restrições orçamentais. O processo estabeleceu-se através de mudanças organizacionais, cortes e eficiência como forma de garantir uma solidez financeira. Na década seguinte, o foco foi na racionalização integrada. Através de modelos de governança clínica, o profissionalismo ligou-se a considerações organizacionais; introduzem-se, então, os gestores médicos. Na viragem para o século XXI, a concentração passou para as dinâmicas de mercado sob a forma de os decisores políticos tentarem obrigar as organizações de cuidados de saúde a tornarem-se mais sensíveis aos clientes críticos, reforçando a ‘concorrência gerida’ e defendendo a ação empreendedora (*ibid.*). A autonomia profissional justificava-se pelo conhecimento, *skills* e orientação ao serviço dos especialistas médicos, enquanto os gestores tentavam coordenar e standardizar as atividades médicas e melhorar os *outputs* – gestores estes que se apoiam em mecanismos de controlo profissional. À medida que o trabalho administrativo é definido e padronizado, e os conhecimentos e habilidades são transferidos, pode esperar-se que a gestão dos serviços de saúde se torne mais homogénea. Isso, concluem os autores, é estimulado pela ‘gerencialização’ dos serviços de saúde e pela disseminação de gestores. A gestão dos cuidados de saúde é organizada para lidar com as consequências da reforma e encontrar formas eficazes de prestar cuidados de saúde.

Lopes *et al.* (2017) sugerem que o processo de globalização reforçou um movimento de problematização e retração de um Estado português caracterizado pelos modelos da organização e gestão pública que traduzem a NGP. A posição deste na sociedade e na economia foi equacionada e traduziu-se no afastamento das instituições públicas dos domínios privatizados e a um maior envolvimento em redes colaborativas. A reforma do Estado acompanhou o período da III República, mas tornou-se mais nítida na última década por via da intervenção da *Troika*, na sequência da crise financeira mundial (*id.*, pp.292-293). Correia (2009) explica os contornos da NGP no SNS a partir da sua investigação no ambiente da centralidade hospitalar do sistema de saúde, demonstrando que as reformas que conduziram à empresarialização dos hospitais públicos portugueses e que condicionam o modo de produção de saúde estatal definido por Boaventura de Sousa Santos em 1987 num estado de Providência incapaz de se sustentar, transportam para o domínio estatal as lógicas de funcionamento do domínio privado capitalista. Na mesma lógica da NGP, o desempenho hospitalar em termos de resultados foi alvo de um acentuado direcionismo político: de forma gradual, os hospitais foram passando de empresas do Setor Público Administrativo (SPA) para um regime EPE – estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e de natureza empresarial –, numa tentativa de adequar a prestação pública de cuidados de saúde às dificuldades financeiras do estado, apelando à racionalização dos gastos públicos. Esta empresarialização, acrescenta Correia²⁶, segue os pressupostos managerialistas, acentuando a área da gestão e diminuindo a medicina enquanto área científica elevada aquando da emergência dos Estados-Providência, com especial relevo para a mercadorização da prestação dos cuidados de saúde. A Lei n.º 27/2002 é o primeiro indicador de abertura da atividade de prestadores públicos de cuidados de saúde aos paradigmas da gestão, introduzindo mecanismos inovadores dessa área. Os hospitais cingem-se, assim, à autonomização dos gestores e à centralidade de instrumentos próprios do setor empresarial privado. Os doentes passaram a ser ‘clientes’ com a responsabilidade de escolha e utilização eficiente dos serviços de saúde, o que comprova um envolvimento consciente deste *stakeholder* na utilização do recurso público (*idem*). As ARS dão lugar a Conselhos de Administração (CA) com individualidade e autonomia para conceber, implementar e controlar a

²⁶ O marco legislativo ocorre em 1988.

atividade hospitalar, traduzindo-se num sistema de gestão ‘de baixo para cima’, e tendo como objetivo a racionalização de custos, que passa pela aprovação de gastos em medicina com base na evidência clínica. Correia conclui que, atualmente, a produção de saúde estatal sustenta-se em dimensões que incluem princípios decorrentes da gestão privada, como o lucro e o capital. Isto traduz-se na utilização racional e eficiente de recursos, na celebração de contratos-programa, na quantificação do desempenho e na geração de receitas, tudo agregado numa conceção de eficiência aberta às lógicas de mercado, característica de um modo de produção de saúde capitalista e que converge com os princípios do interesse público na implementação da prestação de cuidados, o que denuncia uma retração qualitativa do Estado neste setor (*ibid.*).

Serra (2015) reforça que esta doutrina deve ser interpretada aos olhos de um Estado de gestão burocrática e racionalista, em face de uma política neoliberal que combate os crescentes custos relacionados com os procedimentos médicos nos modelos de proteção social vigentes, desadequados às atuais dinâmicas demográficas. Na área da saúde torna-se difícil estabelecer o pressuposto económico para o atingimento da eficiência através de um equilíbrio entre custos e benefícios, essencialmente pela maior facilidade em estimar os gastos. Neste campo, a eficiência não pode basear-se apenas na quantidade (por exemplo, de doentes tratados), mas também na qualidade dos benefícios obtidos para o doente, que não podem ser quantitativamente mensuráveis, mas qualificados pela ‘esperança de vida’, indicador que permite considerar, na prática médica, justiça e equidade na utilização dos recursos na prestação de cuidados de saúde (*id.*, p.56). Estas medidas colocam questões à autonomia médica e às dinâmicas que giram em torno da regulação do Estado e da regulação da medicina, reflexões que se ancoram na evidência sociológica de que a profissão médica usa e integra na sua autorregulação estes mecanismos de regulação externos à profissão, *i.e.*, para a autora, e na mesma linha de Correia (2012), a adesão médica aos critérios gestionários não só salvaguarda a sua autonomia, como a reforça. O mesmo acontece no Brasil, como se pode ver pela análise de Jamra, Cecilio e Correia (2016); seguindo a lógica da racionalização e degradação dos cuidados, os médicos são pautados por uma ética profissional e por um forte sentido de pertença e não refletem exatamente o discurso institucional. Entendem as medidas de controlo, regras a cumprir e até interdições relacionadas com as suas práticas, mas sentem alguma imunidade, paradoxalmente convergente com a sua internalização, interiorização

e reconfiguração. Eles reafirmam a sua autonomia, assentes na sua autoridade técnica e responsabilidade social.

Portugal representa, assim, uma contradição aos outros países europeus, na medida em que a profissão médica apresenta características únicas de definição das jurisdições profissionais, influencia os modelos organizacionais dos cuidados de saúde, define a sua prestação e avaliação e influencia a educação médica (Carapinheiro, Serra e Correia, 2013).

A propósito dos novos enquadramentos organizacionais para o trabalho médico resultantes das reformas da nova gestão pública no setor da saúde, Raposo (2015, p.51,) explica que a introdução de indicadores de desempenho e os respetivos critérios de avaliação traduziram-se em efeitos perversos, como “o aumento do volume de trabalho de teor mais burocrático, a avaliação restritiva do desempenho profissional ou os constrangimentos crescentes relativamente à dificuldade de pôr em prática a personalização e a individualização dos cuidados”, que teve como consequência fulcral o afastamento dos médicos de medicina geral e familiar e o afastamento do modelo de trabalho centrado no doente. O modelo instituído designado de ‘Medicina Baseada nos Indicadores’, que associa desempenho a remuneração através de métricas restritivas na abrangência das áreas clínicas e métricas centradas na doença e na sua monitorização, tornou-se limitador ao trabalho médico. O autor conclui que a complexidade do trabalho médico, muito determinada por fatores de incerteza, não responde linearmente a iniciativas externas de racionalização e de padronização, que abalam um controlo interno muito particular, principalmente pela sua impermeabilidade à compreensão do conhecimento médico.

Esta reconfiguração dos cuidados de saúde resulta, para Teixeira (2015), em problemas sociais e políticos, pela importância do SNS para a sociedade. O cumprimento dos indicadores desconfigura a relação entre médico/enfermeiro e doente. O número de doentes por médico aumentou de 1500 para 1900 e os doentes que não têm atribuição de médico de família não são contemplados para atendimento. Esta assunção reforça a deterioração da relação médico-doente nos moldes em que foi concebida, não só porque nem todos os doentes têm acesso aos cuidados de saúde públicos, mas essencialmente pela ausência de condições por parte do médico de assegurar o bem-estar dos doentes.

Se em alguns países (como se pôde verificar atrás, Portugal e Brasil apresentaram-se como exceções) assistimos a uma reação de reafirmação da autonomia médica perante a reconfiguração económica do sistema de saúde, noutros, a mesma realidade é bem diferente. 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. Piña Barba (2012) refere que os sistemas de saúde estatais não têm como objetivo aportar o 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 visar a cura dos doentes, o que retirou médicos da saúde pública por questões de subsistência económica (*id.*).

Na ótica de Villanueva-Egan e Lezana-Fernández (2014), 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 doente. Neste sentido, os autores sugerem 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 (*id.*).

Numa perspetiva mais abrangente, Wasserman e Wertheimer (2014) afirmam que a função do médico deveria ser mais do que prestar cuidados a pacientes; cabe-lhe, do mesmo modo, abordar as desigualdades e ineficiências do sistema de saúde. Nos EUA, um fenómeno recente consiste numa competição entre médicos, sem autoridade centralizada, para a obtenção de recursos para os seus doentes. Um médico deveria ter acesso a conhecimento sobre iniquidade e ineficiência, que lhe permitiriam tornar-se um eficaz reformador da saúde e procurar todos os recursos a que os doentes têm legalmente direito. Aqui, o elevado custo da saúde é comumente designado de ‘crise’, o que exige um duplo papel dos médicos, que Wasserman e Wertheimer apelidam de ‘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 que concerne às consequências no doente – e porque este é um elemento central em todo o processo –, um estudo longitudinal com 107 pacientes levado a cabo no serviço de Cardiologia e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do Hospital de São João, no Porto, entre 2010 e 2011, demonstrou que os custos da saúde em Portugal são uma preocupação social e que os doentes devem ser informados sobre 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 não só conhecer as perceções dos doentes, 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, Rego e Nunes, 2013).²⁷

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 e 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, sendo fundamental 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 e 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, o que foi atrás também sublinhado por Serra (2015). As conclusões oferecem recomendações baseadas na perspetiva sociológica para desenhar estratégias de políticas 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 assoberbados pelo excesso de cirurgias, burocracias e doentes no seu tempo disponível, o que compromete, por outro lado e não menos importante, a formação dos seus internos. De acordo com Wall *et al.* (2013), os cirurgiões não conseguem acompanhar as novas tecnologias, em virtude da escassez económica, e suportam, em *stress*, o peso das responsabilidades da cirurgia, do pós-operatório, das complicações e do *follow up* a longo prazo.

²⁷ Wall (2014) descreve os desafios éticos da cirurgia em regime de voluntariado nos países de baixo e médio rendimento, onde não há condições de tratamento adequadas às necessidades. O denominado ‘fardo da doença cirúrgica’ corresponde à incapacidade total e mortes causadas por ausência de cuidado cirúrgico. Gil *et al.* (2012 *apud* Wall, 2014) narram a utilização de rede mosquiteira de *nylon* ou *polyester* (em vez de material estéril adequado) no tratamento de hérnias nestes países. O autor 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. No decorrer desta investigação, pôde apurar-se que os cirurgiões portugueses aderem a missões de voluntariado nos países subdesenvolvidos e solicitam, às suas instituições e fornecedores, material para uso nos doentes durante as ações, uma vez que não encontram aí recursos materiais para o correto desempenho cirúrgico.

II.7 – A Troika: *mudança de paradigma*

As políticas de austeridade que chegaram à Europa no final da primeira década do século XXI levantaram desafios de dimensão ética com impacto na saúde pública. Países como Portugal aceitaram e sofreram a implementação de medidas eticamente duvidosas, em resposta ao pedido nacional de resgate financeiro, enquanto a maior parte dos países europeus se limitou a alterar os níveis de contribuição e custos da saúde (Brall, Schröder-Bäck e Brand, 2016). Os salários dos profissionais ficaram congelados ou foram reduzidos, conduzindo à emigração para outros países ou à migração para entidades privadas; as taxas de admissão incrementaram – o que conduziu muitos utilizadores do 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; e os cuidados de saúde 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, bem como a proliferação do vírus por *HIV* e a taxa de mortalidade cresceu devido à gripe por *Influenza*, resultado da falta de capacidade económica da população para o aquecimento das casas durante o inverno. Os autores apelam a que se verifique se esta redução de recursos e o desvio para a privatização da saúde são ou não eticamente aceitáveis, dado que tudo o que diminua a literacia da saúde é *prima facie* moralmente desfavorável e a falta de promoção da saúde é eticamente crítica (*id.*). Sakellarides *et al.* (2014) complementam que o Programa de Ajustamento (PA) incluía outras medidas restritivas como: o aumento das taxas moderadoras no acesso aos serviços de cuidados de saúde primários e hospitalares; a limitação de preço para os medicamentos genéricos²⁸ e o incentivo ao seu consumo versus o consumo de medicamentos originais; uma central de compras para o controlo das aquisições de todos os organismos do SNS; uma redução de custos operacionais hospitalares em 50% para o ano de 2012; o incremento da mobilidade de profissionais e a redução em 10% dos gastos em horas extraordinárias dos grupos profissionais da saúde, em cada um dos dois anos seguintes.

²⁸ Note-se que os medicamentos genéricos são aprovados com doses de 60% do produto original.

Para além destas restrições, a ‘lei dos compromissos’²⁹ limitou novas aquisições para os hospitais e centros de saúde, aboliram-se o 13.º e 14.º meses de salário dos grupos profissionais da saúde, congelaram-se as carreiras e reduziram-se os benefícios de reforma.

O mesmo é reiterado por Mourão, Campanico e Bruheim (2016), que fundamentam o impacto que a crise de 2008 reproduziu num dos pilares fundamentais do *welfare state*. As medidas de eficiência e de eficácia impostas, através da redução de serviços, num SNS criado com o intuito de materializar o direito universal e gratuito de acesso à saúde, espelharam a crise de um Estado Social enfraquecido. O crescimento das taxas de pagamento no ato médico subiram 133% nos cuidados primários (as taxas moderadoras sofreram um aumento de 2,5€ para 5€) e de 9,2€ para 20€ na urgência hospitalar, valor que poderia ascender aos 50€ quando incluídos os meios complementares de diagnóstico. Os profissionais de saúde assistiram a este cenário (Augusto, 2012), numa população em que a ausência de um médico de família promove o recurso a serviços de emergência.

Os estudos de Correia *et al.* (2015, 2017) também identificaram estas medidas de austeridade impostas pelo programa de ajuda financeira e os seus efeitos nos médicos e nos cuidados de saúde. As reformas efetuadas pelo PA reproduziram efeitos negativos na qualidade dos cuidados prestados, com destaque nos médicos em exclusividade no SNS, provocando constrangimentos à sua tomada de decisão (Correia *et al.*, 2017). O ME firmado entre a *Troika* e o Governo português exigiu uma poupança de 670 milhões de euros com medicamentos, que afetaram a despesa pública. Por outro lado, Giovanella and Stegmüller (2014) e Rego *et al.* (2017) explicam que, como consequência imediata dos cortes, da redução de pessoal e da compra de serviços, os tempos de espera dos doentes para as cirurgias programadas aumentaram.

Na Europa, a evidência sobre o impacto da crise económica nos médicos, ainda assim, é escassa (Rego *et al.*, 2017). Estudos recentes salientam o acentuado descontentamento dos médicos do SNS, provocado pelo aumento do número de horas de trabalho, a diminuição do valor líquido de remuneração e a ausência de progressão na

²⁹ *Vd.* Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro.

carreira, o que lhes provoca uma desmotivação para recomendarem a outros colegas trabalhar em exclusividade no setor e a não desejarem trabalhar horas extras, mesmo usufruindo de remuneração extraordinária. Importa realçar que a esta realidade parecem não corresponder as estatísticas relativas a médicos do setor privado (*idem*). Apesar do reconhecimento de que em regimes de globalização, nas sociedades abertas e em tempos de incerteza, nas grandes crises e catástrofes, os recursos são sempre insuficientes (Marques e Ferreira, 2010), impactos mais relevantes foram estudados por Correia *et al.* (2015): passam pela ausência de recursos materiais, pressão para reduzir gastos com doentes (o que implica falta de tratamento adequado, cirurgias adiadas e falta de realização de técnicas invasivas), decréscimo na qualidade de formação do internato, esgotamento, quebra de motivação, emigração e falta de realização profissional. As condições disponíveis não permitem tratar de acordo com as boas práticas médicas, implicando situações de constrangimento à sua livre decisão. Não estar em conformidade com as *leges artis* significa não ter acesso a terapêuticas inovadoras, falta de medicamentos, menor interação com os pacientes e ausência de formação (Correia *et al.*, 2015). Resta saber quais as implicações éticas e morais que estas limitações trazem aos médicos. Carapinheiro (2010) reitera a mesma evidência no seu trabalho: “de facto, especial ênfase é dada ao crescimento das despesas de saúde, à redução dos custos e à melhoria da eficiência da produção de cuidados de saúde, à melhoria da qualidade dos serviços prestados e à discussão sobre os regimes de financiamento que os viabilizam” (*idem*, p.59), fatores que não prescindem de um olhar sociológico.

Hespanha (2019) coloca a ênfase no aumento das desigualdades sociais na saúde provocadas pela ausência de um programa de reforma bem estruturado que não levou em conta o impacto produzido nas áreas sensíveis dos cuidados médicos. A lentidão dos serviços de saúde, a par com a insuficiência de recursos disponibilizados, afeta cidadãos, famílias e organizações da sociedade civil. Uma das medidas que a sociedade portuguesa encontrou de se proteger das medidas de austeridade e da crise económica nelas implícita foi a redução do acesso aos serviços de saúde (consultas, exames) e da aquisição de medicamentos, o que foi agravado pelo aumento das taxas moderadoras e pela ausência de médicos no SNS, tendo em conta uma população que, na sua grande maioria, não tem acesso económico a serviços de saúde privados. A austeridade e a falta de investimento e atenção ao trabalho dos grupos profissionais de saúde causam descrédito do SNS e

provocam impactos negativos na saúde das pessoas e na qualidade dos serviços prestados. O autor sugere que serão precisos anos de investimento nos recursos humanos e nas infraestruturas das organizações públicas de saúde que, apesar das alterações políticas, continuam sem ser feitos. Os médicos do setor público auferem remunerações inferiores aos do setor privado e não há investimento nos equipamentos hospitalares. Na mesma linha, Arnaut e Semedo (2018) sugerem que a existência de carreiras profissionais ajustadas promove a motivação séria dos profissionais de saúde e sustentam a estabilidade de um sistema coerente em contraponto a prestações pontuais que os desmotivam, pelo que remunerações adequadas são elementos integrantes da solidez das carreiras e reiteram: “a sustentabilidade e a qualidade do SNS dependem essencialmente desse vínculo legal e afetivo. Sem profissionais motivados e respeitados, não há SNS digno desse nome” (*idem.*, p.10). Hespanha sublinha ainda a necessidade de não minimizar as desigualdades, protegendo os mais vulneráveis e desenvolvendo o bem-estar dos cidadãos.

Karanikolos *et al.* (2013) admitem que, não obstante todas as consequências aqui apontadas, a crise financeira global de 2008 era evitável. Portugal, a par com a Grécia e Espanha, adotou as mencionadas medidas rigorosas de austeridade fiscal que induziram a uma diminuição das suas economias e ao aumento da pressão sobre os sistemas de saúde, cujas consequências poderão ainda não ter sido ultrapassadas, o que é reiterado por Arnaut e Semedo (2018). Karanikolos *et al.* (2013) acrescentam que esta crise enfatizou a debilidade do SNS, reforçando-a: há escassez de milhares de médicos (e outros profissionais de saúde) em Portugal, em virtude da emigração e da migração para o setor privado, e não há especialistas suficientes para orientar e formar novos médicos; persiste um subfinanciamento crónico; não há capacidade de reformar o modelo assistencial na adaptação à evolução etária da população; e a prevenção da doença recebe uma atenção diminuta.

Os impactos diretos da *Troika* no trabalho médico foram estudados por Correia *et al.* (2015), que detetaram os ‘nós problemáticos’ deixados pelo ME na prestação de cuidados de saúde. Ao nível do setor privado vs o setor público, verificou-se um aumento considerável da atividade hospitalar e uma clara diminuição da procura de consultas privadas. As faltas recorrentes de material nas instituições de saúde públicas foram

evidenciadas pelos médicos, mas não passaram despercebidas no setor privado. 14% dos médicos referiram sentir maior pressão para gastar menos com os doentes, bem como dificuldades no acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica e a exames laboratoriais. Uma quantidade ligeiramente inferior referiu sentir maior pressão para não prescrever medicamentos. Os autores afirmam que estão em causa situações de constrangimentos à livre decisão médica e não necessariamente de incentivo à prescrição de genéricos. No setor público houve um aumento significativo na recusa de tratamentos inovadores. 40% dos médicos hospitalares afirmaram ter sido confrontados com a falta de medicamentos no tratamento adequado dos doentes, 30% estiveram envolvidos em cirurgias adiadas e 23% deixaram de realizar técnicas invasivas por falta de material disponível, reportam os autores. Nesta investigação, salienta-se o abandono das terapêuticas por parte dos doentes³⁰ e a sua grande maioria recorre a medicação mais barata por motivos económicos. Foi também verificado o abandono às consultas, incluindo as de oncologia. Os médicos do setor público reportam tendências crescentes de esgotamento, desmotivação e falta de realização no trabalho. O inverso acontece com os do setor privado. Os médicos em exclusividade no setor privado são os que denunciam sentir o aumento das dificuldades financeiras desde 2011 (21%). Contudo, a análise discriminada por prestador revela situações mais gravosas entre os médicos nos hospitais SPA (33%), nas UCSP (26%, nos designados centros de saúde) e nos consultórios (24%), (*idem.*, p.4), acrescentam. As causas motivadoras do grande volume de emigração médica verificado neste período foram essencialmente económicas e por ausência de realização no trabalho. O estudo aponta ainda para uma unanimidade de respostas que confirmam que existiu uma diminuição acentuada na qualidade dos cuidados prestados aos doentes, fator que impede o tratamento de acordo com as *leges artis*, e que não há viabilidade de assegurar qualidade de assistência no caso de se verificarem mais cortes no financiamento.

Estes resultados poderão ser comparados com os do capítulo seguinte, resultantes do inquérito lançado aos cirurgiões gerais sobre os impactos da *Troika* (e das políticas pós-*Troika*).

³⁰ É transversal a todas as especialidades e a doenças graves.

II.8 – COVID-19: a reconfiguração da cirurgia geral no hospital

O surto de COVID teve o seu início oficial a 31 de dezembro de 2019, quando a Comissão Municipal de Saúde de Wuhan, na China, reportou os primeiros 27 casos de pneumonia de etiologia desconhecida, cujo patogénico os cientistas chineses vieram a denominar de SARS-CoV2 e que, em fevereiro, a OMS designou de COVID-19 (Guerci *et al.*, 2020; Stahel, 2020).

Portugal sofreu os primeiros efeitos da pandemia um pouco mais tarde. Segundo o COVID-19 *Health System Response Monitor* (2020), a ministra da Saúde determinou, a 16 de março, medidas restritivas aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Entre outras medidas que preconizavam o adiamento de tratamentos, registaram-se a reconversão da consulta em teleconsulta, para uma redução das consultas presenciais, o adiamento da cirurgia eletiva e a disponibilização de todas as agendas para assistência a episódios de doença aguda, no sentido de reduzir ao máximo o contacto entre profissionais de saúde e doentes, como forma de conter o contágio e de assegurar uma capacidade instalada no SNS adequada às necessidades da doença. A medida viu-se apenas gradualmente revertida a partir de 3 de maio³¹, apesar de em junho ainda se verificar apenas uma lenta e parcial recuperação das cirurgias programadas em alguns hospitais e a generalidade apresentar números de produção inferiores aos do ano anterior. Instruções da administração central foram desenhadas no sentido de recuperar a produção, nomeadamente as cirurgias adiadas, minimizando os efeitos negativos sobre a saúde da população³².

Nesse período de um mês e meio, a quebra da produção cirúrgica programada foi de 58% relativamente ao ano anterior, o que representou o adiamento de mais de 93.000 cirurgias eletivas. Simultaneamente, realizaram-se menos 4.359 cirurgias urgentes, números que refletem per si a quantidade de pacientes que ficaram sem intervenção cirúrgica.

Este panorama foi reproduzido no acesso às consultas hospitalares e ao internamento cirúrgico; como consequência da redução da atividade da consulta externa,

³¹ *Vd.* despacho n.º 5314/2020.

³² *Vd.* também Proc. 04/2020 do Tribunal de Contas, outubro 2020.

não totalmente recuperada pela teleconsulta, o número de inscrições para cirurgia reduziu em mais de cem mil novas inscrições para cirurgia e o internamento hospitalar foi proporcionalmente reduzido. Esta realidade foi transversal aos prestadores de serviços cirúrgicos do setor social ou privado, contratados em regime de recuperação de lista de espera através do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC). As ações propostas na tentativa de recuperação de atividade cirúrgica decretada a 2 de maio incluíam normas e orientações da DGS, as quais visavam cuidados e segurança acrescidos na proteção dos atos dos profissionais de saúde, designadamente no que concerne a Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), abordagens e circuitos de pacientes suspeitos ou infetados³³.

O COVID-19 *Health System Response Monitor* (2020) destaca que, em Portugal, a maioria dos hospitais pertence ao SNS, gerido pelo Ministério da Saúde. Apesar de a maioria destas instituições dispor de laboratórios de microbiologia para diagnóstico de infeção por SARS-Cov-2, numa fase embrionária, os processos de análise de testes para os hospitais que não têm análise laboratorial foram lentos e atrasaram cirurgias urgentes a doentes que não podiam ser intervencionados sem o resultado do teste.

A escassez de equipamentos de proteção individual foi logo de início reportada em Portugal, à imagem do que acontecia na China, EUA e Itália. Estes recursos incluíam ventiladores, camas de cuidados intensivos, a conversão de salas de bloco operatório em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e a racionalização de cuidados médicos (Daya *et al.*, 2020; Spinelli & Pellino, 2020; Rosembaum, 2020), o que conduziu à criação de uma Reserva Nacional Estratégica e à criação de um stock que chegou apenas no mês de setembro. Em fevereiro, o SNS contava com um capital humano de 30.172 médicos. A Ordem dos Médicos (OM, 2020) regista a existência de aproximadamente 1700 cirurgiões distribuídos pelos sistemas públicos e privados.

Segundo a OM, a 18 de março já um quinto da população testada infetada eram médicos e estava diagnosticada a escassez severa de máscaras e outros equipamentos de proteção individual, como luvas, respiradores, viseiras, fardas e desinfetante das mãos (Connell, 2020; Ranney, 2020; Richterich, 2020), numa altura em que o uso de máscara

³³ *Vd.* Norma n.º 14/2020, de 14/07 – “Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos”.

e a higiene das mãos tinham sido consideradas medidas altamente efetivas de prevenção de transmissão da infeção por SARS-Cov-2 (Wu *et al.*, 2020). Esta realidade forçou a gestão hospitalar à utilização de equipamentos de proteção apenas em casos de COVID confirmados, o que causou elevados índices de *stress* nos profissionais (Spinelli & Pellino, 2020). Foram utilizadas estratégias de reutilização e desinfeção de máscaras, que são um consumível de uso único, em face da ausência de fornecimento devida ao encerramento de fábricas na China, que produzia cerca de metade das máscaras utilizadas em todo o mundo e ao excesso de procura relativamente à oferta (Vlessides, 2020; Ranney, 2020; Wu *et al.*, 2020). A corrida ao uso da máscara elevou os preços dos dispositivos de tal modo que alguns países, como a China³⁴, tiveram de impor limitações aos valores expostos ao mercado (Wu *et al.*, 2020). A escassez de EPIs exige um largo crescimento da produção, um processo que exige um tempo de que os sistemas de saúde não dispunham, dado o rápido desenvolvimento do número de infetados. Quando os sistemas de saúde entram em modo de crise, os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recomendam o cancelamento de cirurgias não urgentes e eletivas, orientação seguida pelo governo português. Nos procedimentos urgentes foram usadas e reutilizadas máscaras para além dos prazos de caducidade, e foi dada prioridade na utilização destes dispositivos de proteção em procedimentos onde houvesse recurso a aerossóis ou *sprays*, como a cirurgia laparoscópica. Na ausência de máscaras, foi recomendado o uso de viseiras, de máscaras domésticas ou lenços, o que incrementou, inevitavelmente o risco de infeção aos profissionais de saúde. Na ausência de EPIs, valeu o recurso a sacos plásticos (Livingston *et al.*, 2020).

Em não raros casos, na 1.º fase da pandemia, médicos ao serviço que apresentaram sintomas da doença ficaram inibidos de ser testados, por não haver testes suficientes e estes não estarem indicados em situações onde o profissional não demonstrasse exposição a alguém infetado, o que os levou a questionar quem seguiria em frente (Rosembaum, 2020) e trataria os doentes, na ausência de profissionais. Por outro lado, foi demorada a montagem de unidades para pacientes infetados, pelo que se colocava a preocupação médica de como proteger os outros doentes da exposição ao vírus e como tratar as outras

³⁴ Note-se que, em Portugal, a mesma situação foi verificada, o que se repercutiu na atividade da cirurgia geral e na economia hospitalar, por via de um aumento de custos nestes equipamentos, que atingiu valores históricos.

doenças, principalmente com a noção de que alguns destes doentes adquiririam o vírus durante o internamento. Sem equipamentos de proteção suficientes disponíveis no mercado, outra preocupação era a de como proteger os próprios profissionais de saúde, do médico à enfermeira, aos operacionais que limpavam as salas e aos terapeutas respiratórios (*idem*).

Se já anteriormente, em muitos hospitais públicos, as salas cirúrgicas se ressentiam do défice de anestesistas, este fator foi sublinhado pela necessidade dos especialistas de cirurgia geral serem retirados das suas tarefas para apoio ao estado de emergência. Enfermeiros de bloco foram realocadas para outros serviços e as camas de cirurgia acabaram por ser ocupadas por outras especialidades que tiveram de libertar as suas áreas de internamento para a emergência COVID, o que acentuou a paralisação dos blocos operatórios para a cirurgia programada. Ao contrário de Itália³⁵, em Portugal, os cirurgiões foram impelidos a assegurar as consultas virtuais e as urgências cirúrgicas, não tendo sido, nesta 1.ª fase, recrutados para a ‘linha da frente’³⁶.

As exigências criadas num sistema de saúde por uma pandemia como a COVID-19 acentuaram a necessidade de racionalização de equipamentos e intervenções médicas. Como mencionamos antes, o primeiro exemplo reportou à falta de máscaras para os profissionais de saúde, mas rapidamente se estendeu à escassez de ventiladores, outros equipamentos de proteção individual, de testes e de camas, resultado de um desequilíbrio entre a procura e a oferta. Cedo se reportou que as taxas de mortalidade por SARS-CoV 2 variavam entre os 0,25% e os 3% e afetavam sobretudo os mais vulneráveis, pelo que este nível de doença ultrapassou larga e globalmente a capacidade dos hospitais. Como consequência, a disponibilidade da força de trabalho médica foi forçosamente afetada, ora pela infeção, ora pela obrigatoriedade de recurso a quarentena (Emanuel *et al.*, 2020).

³⁵ Itália foi o país inicialmente identificado com a mais elevada taxa de infeção, cujos cirurgiões foram, numa fase muito preliminar, instruídos a lidar com pacientes COVID, em procedimentos de vestir e despir e em tratamentos de falha respiratória, para rapidamente serem colocados nos serviços de emergência COVID e afastados da atividade cirúrgica (Guerci *et al.*, 2020).

³⁶ Foi este o modo encontrado para designar as equipas que se encontravam na triagem dos doentes a partir dos serviços de urgência, equiparando os profissionais de saúde a militares. Estas equipas foram essencialmente constituídas por profissionais de especialidades médicas, como a medicina geral e familiar e a medicina interna, infecciologia, pneumologia, internos de especialidades, principalmente os do 1º ano, bem como enfermeiros e auxiliares de ação médica.

Outros estudos reportaram a taxa de mortalidade na ordem dos 3,5% e um aumento do volume de internamento hospitalar, sob o risco iminente de escassez de mão-de-obra devido à exposição viral, doenças respiratórias e questões logísticas (Stahel, 2020).

A necessidade de reduzir as cirurgias a casos urgentes e emergentes encontrou justificação médica no facto de aparecerem publicações que noticiavam índices de morbilidade e mortalidade elevados em pacientes com COVID-19 (Neupane, 2020; Spinelli & Pellino, 2020). Outros motivos imputados prendem-se com a libertação de ventiladores, enfermeiros e anestesistas para as emergências de COVID, bem como a conversão de salas de bloco em camas de cuidados intensivos adicionais (Spinelli & Pellino, 2020). Contudo, as Associações Médicas e Cirúrgicas identificaram que as consequências potenciais de cancelamento de cirurgias eletivas poderiam ter um impacto mais dramático e mais profundo nos doentes e na sociedade do que a morbilidade e mortalidade infligidas pelo coronavírus. A literatura refere que mais de 50% de todos os casos cirúrgicos eletivos, se adiados ou cancelados, têm potencial para infligir danos significativos aos pacientes. Um declínio na saúde destes doentes torna-os mais vulneráveis à infeção (Stahel, 2020). Salientamos que, apesar de na 1.^a vaga os cirurgiões portugueses e de outros países europeus não terem estado na linha da frente ao combate da epidemia, a sua inquietação residiu na oferta de tratamentos cirúrgicos aos seus doentes que apresentavam outras doenças severas, particularmente os doentes oncológicos (Maurizi & Rendina, 2020).

A reorganização hospitalar foi gerida localmente. As instituições ficaram responsáveis pelas suas próprias aquisições de equipamentos, testes, ventiladores, equipamentos de proteção individual e recursos humanos, e acrescentaram-se aos recursos humanos médicos já jubilados. As cirurgias de rotina ficaram em lista de espera e as urgências decaíram 45%. Os casos confirmados ficaram hospitalizados, em isolamento. Os testes foram inicialmente realizados em hospitais de referência e nessa altura apenas o Instituto Nacional de Saúde (INS) realizava os testes ao SARS-Cov-2. Mais tarde, estendeu-se esta possibilidade aos laboratórios hospitalares, militares e privados (COVID-19 *Health System Response Monitor*, 2020).

Os cirurgiões assistiram à mais abrupta mudança nas suas práticas, por consequência do decrescente número de cirurgias eletivas, associado a um crescente e

confuso estágio de recomendações de sociedades científicas e do Estado, que representou, numa fase inicial, um momento prolongado de turbulência nas suas vidas (Diaz *et.al*, 2020). Tal não só representa a visão de uma medicina obrigatoriamente alterada em função da nova realidade inultrapassável, como, sociologicamente, abala a teoria da (necessária ou evidente) ‘ordem negociada’ no hospital. Ainda que esta teoria contemple a existência de múltiplas perspectivas que condicionam tanto a ordem como a desordem, a desordem do inesperado parece ter favorecido o renascimento de uma nova ordem negociada; novos padrões de interação, novos trajetos nos acessos, novos fardamentos, e a própria distinção de espaços físicos para pacientes COVID e não COVID. Assistimos a uma reorganização do trabalho, em que horários e rotinas foram quebrados pela força de um acontecimento sem precedentes, cujos contornos de resolução eram, de todo, desconhecidos à força de trabalho. Novas formas de tratar foram, portanto, implementadas: a cirurgia foi preterida em relação a terapias não cirúrgicas como a radiação, quimioterapia e terapias adjuvantes, depois de avaliação multidisciplinar (Daya *et al.*, 2020). Os doentes cirúrgicos com patologia oncológica foram considerados de alto risco para infeção por COVID-19, um risco que se estendia aos cirurgiões que os operavam e que passavam, por esse motivo, pela aerossolização³⁷ prolongada, e pela referida ausência de equipamentos de proteção individual devido à escassez ou ao racionamento destes recursos.

Apesar de a prioridade clínica se concentrar nos doentes com neoplasias, alguns governos optaram por deslocalizar esses casos para centros específicos, de forma a libertarem recursos noutros hospitais. Os doentes de cirurgia eletiva ficaram em espera, prevendo-se uma exigência de recursos *a posteriori* para a recuperação do atraso imposto. Não obstante, não podemos ignorar os doentes que aparecem com situações de emergência durante a pandemia, pelo que as unidades e pessoal afetos à cirurgia tiveram de ser reorganizados de maneira a reduzir-se o risco de infeção. A maior parte dos centros hospitalares reduziu as consultas e o número de cirurgiões em enfermaria, aumentando os serviços de emergência e diminuindo o risco de exposição tanto a profissionais como

³⁷ A aerossolização é a disseminação de partículas em ar ambiente (o ar que todos respiramos), inerente às cirurgias feitas por via laparoscópica. Neste contexto, significa que a respiração de um doente COVID positivo entubado para cirurgia laparoscópica pode comprometer o ar ambiente e contaminar toda a equipa cirúrgica.

a doentes. Em situações de cirurgia de urgência, as indicações foram iguais para doentes testados positivos e negativos, apesar dos relatórios de pós-operatórios complexos em doentes positivos. Na fase inicial de escassez de EPIs, a gestão hospitalar recomendava o seu uso apenas em situações testadas positivas, causando situações de ansiedade e medo nos profissionais, pela sensação de desproteção à infeção. Nesta fase, não havia políticas consistentes na testagem por rotina aos profissionais de saúde. Como previamente mencionamos, o uso de laparoscopia era controverso, devido à incerteza sobre a permanência do vírus na circulação de CO₂, usado na cirurgia laparoscópica ou em procedimentos que geravam aerossóis. A telemedicina foi uma alternativa mais económica e com um perfil ambiental positivo, mas tal constituiu um fardo psicológico inerente que deveria ter sido avaliado, principalmente em cirurgiões e outros profissionais de saúde em *burnout* que precisaram de um suporte adicional (Spinelli & Pellino, 2020). Este suporte, bem como toda a responsabilidade de providenciar equipamentos de proteção individual aos profissionais de saúde, ficou ao cargo de cada instituição hospitalar (COVID-19 *Health System Response Monitor*, 2020), muito embora esta investigação não tenha aferido qualquer mecanismo ou evidência nos hospitais nacionais que o sugerisse. Vimos acrescida a preocupação e o medo de os profissionais de saúde em exercício de atividade infetarem as suas famílias e, de forma mais preocupante, os mais velhos e os imunocomprometidos ou com doenças crónicas. Esta pandemia sublinhou a importância de uma utilização cuidadosa dos recursos financeiros e humanos, uma vez que a preservação de recursos e mão-de-obra é de importância suprema na saúde (Coccolini *et al.*, 2020).

Na primeira parte deste trabalho tratou-se de sumarizar os contributos da sociologia das organizações, da sociologia das profissões e da sociologia da saúde, o papel do hospital enquanto organização, os impactos de fatores externos na dinâmica e na ordem organizacional do hospital (cujo papel no contexto da saúde em Portugal assume uma centralidade pelas características que lhe são inerentes), e nas afetações da economia, da gestão e da pandemia no exercício da atividade médica. Na parte II, trataremos de expor o campo empírico e o percurso analítico que envolveu os seus atores. Procederemos a um aprofundar das questões de ética médica relevantes para um adequado desempenho e analisaremos os efeitos da pandemia e da economia pós-*Troika* no quotidiano dos cirurgiões gerais.

PARTE II – O CAMPO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – OS ATORES E OS CONTEXTOS

A análise dos dados empíricos é, provavelmente, a etapa mais árdua de uma etnografia, mas indispensável por todo o universo de informação que aporta.

Os atores escolhidos para objeto de estudo – os cirurgiões-gerais – não são exclusivos para a compreensão do seu papel no contexto da atividade que exercem. Em medicina não existem somente os papéis do médico e do doente. A teoria dos *stakeholders* (Freeman *et al.*, 2010) coloca ênfase nas necessidades e aspirações das diversas pessoas e instituições que formam a sociedade, avaliando os efeitos económicos, sociais e éticos que a tomada de decisão organizacional tem na sociedade. Neste âmbito, para podermos afinar e ampliar a visão do significado da representação dos cirurgiões-gerais na orgânica hospitalar, levamos em conta as seguintes partes interessadas:

Do ponto de vista corporativista, a Ordem dos Médicos representa um papel fulcral na orientação deontológica do grupo profissional perante cenários contingentes como os que estão a ser abordados. Tendo em conta o caso dos cirurgiões, tentámos aprofundar os pontos de vista da direção da Ordem e do seu Colégio de Cirurgia sobre as suas responsabilidades e obrigações enquanto órgãos coordenadores das atividades, ética e comportamentos médicos. Por seu turno, a Comissão de Ética hospitalar representa a entidade consultiva, multidisciplinar e independente a quem cabe zelar pelo cumprimento dos padrões éticos nas práticas dos cuidados, no ensino, na investigação e no exercício das ciências médicas. Os enfermeiros de bloco operatório reproduzem a imagem do grupo profissional mais próximo do cirurgião – não só em termos físicos, como em termos de compreensão e apoio técnico – durante a atividade cirúrgica. A Logística é, por excelência, o departamento do controlo ao acesso a novas (ou existentes) tecnologias médico-cirúrgicas. O diretor de serviço é um agente de autoridade hierárquica, embora integrado na mesma atividade, que pode exercer ou não cirurgia em simultâneo com a função de gestão do serviço de cirurgia. O diretor de departamento assume o papel da direção ordinária da atividade cirúrgica de todas as suas especialidades e pode ou não ser cirurgião-geral. A Administração afigura-se como a responsabilidade máxima do hospital

em termos gestonários, de economia, de organização e de distribuico de tarefas: É constituída por elementos representativos das diversas áreas de atividade hospitalar que assumem funções no conselho de administração e são designados pelo Ministério da Saúde. No que respeita à nomeao dos órgãos de gestão hospitalar, atribuico de orçamento e auditoria, a Administração Regional de Saúde é o organismo regional delegado pelo Ministério da Saúde para o controlo de cada administração hospitalar. A direção de recursos humanos é o departamento que gere a burocracia inerente  presença de todos os trabalhadores do hospital. Quanto ao doente, neste trabalho fez-se representar por um familiar, por motivos que adiante serão expostos. São estes os *stakeholders* que maior impacto produzem no quotidiano dos cirurgiões, que detm uma perspetiva contígua da sua atividade, dos fatores que a condicionam e da sua resposta  contingências decorrentes do exercício da atividade médica, cuja caracterização sera feita de seguida.

Quanto aos contextos, e como já referimos, esta pesquisa foi realizada em ambientes vários, para além do bloco operatório. Nestes incluem-se os serviços de urgência, de consulta externa, de internamento e as salas de reuniões (de serviço e da administração). No entanto, por ter sido o espaço de maior relevância para esta investigação, pretendemos elaborar uma aprofundada caracterização do bloco operatório quanto à sua configuração funcional, espacial e quanto ao seu funcionamento.

III.1 – Caracterização dos atores

No decurso da investigação qualitativa foram entrevistados 95 indivíduos, dos quais 75 médicos, 7 enfermeiros de bloco operatório, 6 elementos dos serviços de compras ou logística, 2 elementos da direção de recursos humanos, 4 do conselho de administração e 1 familiar de um doente. Dos 75 médicos entrevistados, 67 são cirurgiões-gerais (entre estes, 11 assumem as funções de direção de serviço e um de direção clínica), 2 são diretores do departamento de cirurgia, 3 pertencem à comissão de tica, um representa a Ordem dos Médicos e um representa uma ARS. As ações de observação, de observação participante e de *shadowing* ocorreram com cirurgiões-gerais, diretores de serviço de cirurgia geral, enfermeiros e um diretor do departamento de cirurgia.

Em termos etários, a população de cirurgiões entrevistados distribui-se entre os 36 e os 70 anos, sendo que a maioria (44) tem idade superior a 50 anos. Os enfermeiros oscilam entre os 35 e os 55 anos. Habitualmente, são pessoas mais jovens que se encontram na instrumentação, pois é um trabalho que exige, amiúde, muitas horas em pé na prestação de assistência ao trabalho do cirurgião. Os restantes indivíduos situam-se entre os 45 e os 65 anos. No que respeita à composição por sexo, a amostra de cirurgiões conta apenas com 21 mulheres³⁸, enquanto no grupo de enfermagem só existem 2 homens, o que nos permite concluir que a cirurgia geral continua a ser uma profissão masculinizada e a enfermagem uma profissão feminilizada.

Em termos de formação académica, para além do curso de medicina (6 anos) e do ano comum³⁹, o cirurgião tem de cumprir 6 anos de internato da especialidade de cirurgia geral, com exames anuais, para estar apto ao exercício da profissão. Já o curso de enfermagem tem a duração de 4 anos, findos os quais o profissional pode optar por uma especialização. Os enfermeiros de bloco operatório não necessitam de especialização em instrumentação, apesar de existirem pós-graduações que apenas uma minoria detém⁴⁰. No que respeita aos diretores de serviço e de departamento, habitualmente são nomeados pela administração e não necessitam de outra formação diferenciada, para além da especialização médica ou cirúrgica. Na logística encontram-se indivíduos que vão desde a formação secundária até à licenciatura, em áreas muito diversas. Na administração é exigida formação superior, pelo que os elementos entrevistados têm, no mínimo, uma licenciatura. Os pertencentes às comissões de ética são todos médicos, de especialidades distintas.

³⁸ Apesar de começarem, nesta altura, a sair do internato mais especialistas mulheres para a cirurgia geral, esta especialidade foi sempre considerada ‘masculina’. Inclusivamente, as cirurgiãs entrevistadas queixam-se de, no passado, os homens terem tido atitudes menos ‘inclusivas’ durante o exercício da atividade.

³⁹ Ano intermédio entre a finalização do curso de medicina e a escolha da especialidade, em que o médico passa por várias valências médicas e cirúrgicas para poder escolher a especialidade que melhor se lhe ajuste. Numa fase anterior, o atual ano comum dividia-se em 2 anos (vd. também www.medicina.ulisboa.pt).

⁴⁰ Para um enfermeiro poder trabalhar como instrumentista no bloco operatório, o processo habitual consiste na integração de um instrumentista iniciante por um sénior, durante um período indefinido (consoante a evolução individual), que começa com as cirurgias menos complexas para ir passando para as de maior exigência técnica, até o indivíduo estar apto para o trabalho. Por outro lado, existem no mesmo espaço outros enfermeiros, designados de ‘circulantes’, que dão apoio aos instrumentistas durante as cirurgias. Estes podem também ser instrumentistas e alternar com os colegas para intermitências em procedimentos muito prolongados (vd. também www.casadesaude.pt/bloco-operatorio/).

No que concerne ao vínculo laboral, os cirurgiões gerais representam, essencialmente, os diversos hospitais públicos de norte a sul do país e pertencem ao quadro do respetivo hospital. Apenas 4 destes exercem atividade no setor privado em regime de exclusividade, 15 deles trabalham em ambos os setores, pelo que usufruem de um contrato público de ‘horário reduzido’ (inferior a 42 horas semanais)⁴¹. Dois destes cirurgiões encontram-se a laborar em hospitais em regime de PPP, sendo que um deste último grupo exerce simultaneamente a sua atividade no setor privado. Por seu turno, apenas um enfermeiro está exclusivamente afeto ao setor privado, tendo os restantes vínculos com hospitais públicos. Os restantes profissionais com funções no hospital estão também eles vinculados ao setor público. Atendendo ao número reduzido dos indivíduos incluídos nos restantes grupos, optámos por não aprofundar a caracterização para preservar o seu anonimato.

Relativamente à fase quantitativa desta investigação, que corresponde ao inquérito *online* lançado através do Colégio de Cirurgia para obtenção das respostas dos cirurgiões gerais, foi possível fazer uma ajustada caracterização da amostra e destringir respostas pelo sexo, pela categoria profissional, pela antiguidade no exercício da atividade e pela região (ARS). A amostra de respostas válidas para análise foi de 150 cirurgiões gerais, cuja média etária é de 47.3 anos, variando entre um mínimo de 26 e um máximo de 77 anos. A antiguidade média na função é de 17 anos, com uma variação mínima e máxima de, respetivamente, 1 e 44 anos. A maioria dos médicos corresponde ao sexo masculino (54%), com o grau (44.9%) e a função de assistente (34.5%), com exercício de funções num hospital público (EPE; 69.8%). Os distritos de Lisboa (26.1%) e do Porto (22.3%) são os mais representados.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica (N = 150)

	N	%
<i>Idade (M; DP)</i>	47.3	12.5
<i>Antiguidade (M; DP)</i>	16.6	10.9
<i>Género</i>		

⁴¹ O regime mais antigo de exclusividade corresponde a 42 horas semanais, mas está em extinção. Os mais frequentes são os CIT (Contrato Individual de Trabalho) e os contratos de função pública de 40 horas. As opções de horário reduzido são para vínculos contratuais de 35 e 20 horas semanais. Estes últimos permitem que os médicos exerçam simultaneamente atividade privada.

	N	%
Feminino	69	46.0
Masculino	81	54.0
<i>Grau Carreira</i>		
Assistente	62	44.9
Assistente Graduado	51	37.0
Assistente Graduado Sénior	25	18.1
<i>Função</i>		
Assistente	51	34.5
Assistente Graduado	35	23.6
Assistente Graduado Sénior	8	5.4
Coordenador de Unidade	19	12.8
Diretor Clínico	1	0.7
Diretor de Departamento	3	2.0
Diretor de Serviço	14	9.5
Interno	17	11.5
<i>Tipo de hospital em que exerce</i>		
Hospital Público (EPE)	104	69.8
Hospital Público (ULS)	19	12.8
Parceria Público-Privada (PPP)	6	4.0
Privado	20	13.4
<i>Distrito</i>		
Aveiro	7	4.5
Beja	5	3.2
Braga	12	7.6
Castelo Branco	3	1.9
Coimbra	6	3.8
Évora	1	0.6
Faro	5	3.2
Leiria	10	6.4
Lisboa	41	26.1
Portalegre	2	1.3
Porto	35	22.3
Região Autónoma da Madeira	1	0.6
Região Autónoma dos Açores	2	1.3
Santarém	6	3.8
Setúbal	9	5.7
Viana do Castelo	1	0.6
Vila Real	4	2.5

	N	%
Viseu	7	4.5

Esta caracterização sociográfica permite aferir a heterogeneidade do grupo em termos de sexo, região de atividade e do tipo de hospital que representa. Realçamos a importância que o setor público da saúde representa, em virtude de a maior parte da amostra estar aí inserida, o que sublinha a dependência de um elevado número de profissionais médicos do Estado. Relevamos ainda o facto de a média etária estar muito próxima dos 50 anos, o que é fruto do prolongado período necessário à sua profissionalização, e que se pode traduzir numa leitura de uma população menos jovem e mais experiente. Verificamos os postulados de a cirurgia geral ainda estar muito masculinizada em Portugal e de a maioria destes médicos não evoluir na carreira, mantendo o seu nível hierárquico no mais baixo patamar (assistente). De acordo com o Observatório Europeu de Políticas de Sistemas de Saúde (2021), o número de mulheres médicas em serviço hospitalar aumentou entre 2010 e 2015 em cinco valores, para os 55,7%, tendência que se vem verificando nos serviços de cirurgia geral, apesar de o número de mulheres não atingir ainda 50% do número de homens na especialidade. Não será de ignorar a homogeneidade geográfica: a maioria das respostas concentra-se nos centros de maior afluxo populacional, o que pode remeter para assimetrias regionais e consequentes desigualdades na procura de cuidados de saúde.

III.2 – Caracterização dos contextos

III.2.1 – O Bloco Operatório Central

“O espaço fala, sem dúvida, mas para escutá-lo convém seguir os movimentos e os usos concretos das pessoas, na medida em que o espaço se constitui essencialmente a partir desses movimentos e desses usos.”

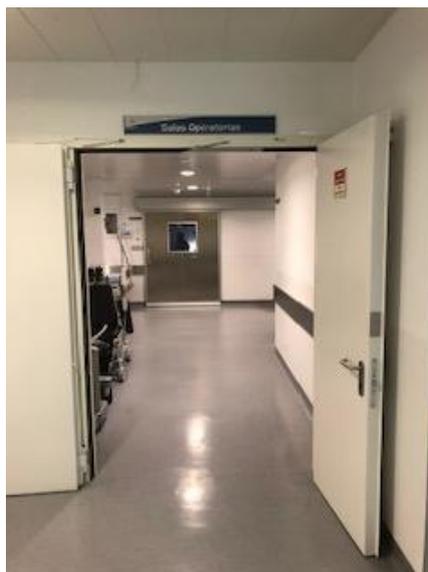
(Lopes, 2020)

Esta caracterização inicia-se com a descrição do que é o funcionamento do espaço onde são realizadas cirurgias e que apresenta homogeneidade na sua configuração espacial e funcional, sendo transversal a todas as instituições hospitalares. Ao longo da pesquisa etnográfica, tivemos a oportunidade de conhecer os blocos operatórios de diversos hospitais públicos e privados do país, que, apesar da variabilidade da sua dimensão em função do seu grupo, não apresentam acentuadas diferenças nem na sua estrutura física nem na sua estrutura funcional. O acesso tão interdito a este espaço foi, neste caso, manifestamente facilitado à investigadora pelo exercício de funções técnicas enquanto representante de uma companhia especializada em próteses de tratamento de hérnias. Por outro lado, as autorizações formais de investigação contemplaram o acesso ao hospital através das pessoas designadas para intermediarem o processo da pesquisa. Por forma a esclarecer o acesso dos profissionais técnicos às instituições de saúde pública, nomeadamente ao bloco operatório, o processo passa primeiramente por uma estreita formação e certificação em conduta no bloco operatório, cursos estes ministrados pelas associações representativas das empresas do setor de produção e distribuição de dispositivos médicos (*Apormed*), ou empresas credenciadas por estas, constituídas por pessoal médico e/ou de enfermagem. Os técnicos credenciados, são identificados pelo médico-cirurgião que elabora uma solicitação escrita à direção clínica ou ao conselho de administração (dependendo de cada hospital), com conhecimento do coordenador da equipa de enfermagem do bloco, que se traduz na autorização formal de acesso. A permissão de entrada dá-se através de formulários e envolve desde a segurança do hospital até à enfermagem do bloco. O técnico passa a ser identificado por um dístico que designa a sua função e que lhe é entregue pela segurança, permitindo a sua passagem por trajetos de acesso médico até à entrada do pessoal assistencial no bloco.

Fazendo uma analogia com o funcionamento de uma escola analisado por Giddens (1986, p.132), podemos olhar para os padrões de tempo-espaço seguidos por enfermeiros, assistentes e médicos como um instrumento topográfico para se começar a estudar o hospital. Carapinheiro (2005, p.102) realça que a análise *giddensiana* constitui uma perspectiva sobre a complexidade de um sistema de relações “que liga elementos espaciais, físicos e simbólicos à organização da vida do serviço” hospitalar. Num bloco operatório, os espaços estão construídos para manter os trajetos limpos de um lado e os sujos de outro, isolando o mais possível o doente de outros doentes. O bloco operatório⁴² é, estruturalmente, um espaço de acesso restrito dentro do hospital, onde se agrupam todas as salas com equipamentos e serviços para que se realizem cirurgias e onde se concentra um elevado número de recursos humanos e materiais. É um espaço limpo, sempre muito conservado, apesar da idade e do aspeto geral do hospital. Muitas vezes, os hospitais estão envelhecidos e o seu aspeto exterior denuncia problemas de construção. Por dentro podem apresentar sinais de desgaste, as enfermarias e a zona da consulta externa podem estar sobrelotadas, mas o bloco operatório é um espaço de fluxos ordenados, limpo e de tons claros, que transmitem serenidade. Compreende os locais onde se desenvolve o processo assistencial multidisciplinar do procedimento cirúrgico, incluindo uma unidade de recobro ou de recuperação pós-anestésica ou pós-operatória. É uma das áreas mais sensíveis à produção de riscos para a saúde dos doentes, decorrentes de eventos adversos à assistência sanitária, nomeadamente as infeções de localização cirúrgica, que são causa de alta morbilidade e mortalidade, de aumento do número de dias de internamento e de um grande custo, não só para o doente (em termos da sua recuperação) como para o sistema de saúde. O objetivo comum às equipas que trabalham no bloco operatório é proporcionar cuidados seguros aos doentes e manter a assepsia antes, durante e após o ato cirúrgico. Estas equipas são constituídas por médicos (de diferentes especialidades cirúrgicas), enfermeiros, auxiliares, técnicos de raios X, entre outros.

Figura 1 - Corredor de acesso às salas operatórias

⁴² Vd. também <https://formacionmedica.com/> a 26.10.2020.



A fotografia exemplifica o espaço amplo, limpo e ordenado de um bloco operatório.

Fonte: *trabalho de campo da autora*

A localização deste serviço deve ser facilmente acessível a partir de outros pontos do hospital, como o serviço de urgência, a anatomia patológica, a unidade de imagiologia e os laboratórios, com comunicações facilitadas ao circuito dos doentes. Dentro da área cirúrgica existem normas obrigatórias de circulação, de modo a separar as áreas sujas das áreas limpas e, portanto, diminuir o risco de infeções. Assim, temos a zona limpa/branca (asséptica), que corresponde às salas de operações e espaços de suporte direto; a zona restrita/cinza (ou interna, de acessibilidade aos serviços), que é a área acessível ao pessoal e ao doente antes do núcleo asséptico; a zona suja/interna, que é o espaço de tratamento ou evacuação de material sujo ou contaminado; e a zona negra (externa), que contempla os espaços externos do bloco até à entrada. Na sua estrutura funcional, sujos e limpos não se cruzam e o acesso do menos limpo ao mais limpo é progressivo. À natural segmentação organizacional que separa os ‘de dentro’ dos ‘de fora’, e que reforça a dificuldade de acesso ao bloco operatório, juntam-se-lhe outras segmentações assentes em critérios médicos de pureza e que remetem para essa construção através das dicotomias do puro/impuro, do sagrado/profano, do bom e do mau, e do divino e demoníaco, tão bem conhecidas das ciências sociais a partir da caracterização de Durkheim (1968, pp.584-585.): “umas são benéficas, guardiãs da ordem física e moral, dispensadoras da vida, da saúde, de todas as qualidades que os homens apreciam...

Existem, por outro lado, as forças más e impuras, produtoras de desordens, causas de morte, de doenças, instigadoras de sacrilégios” .Esta construção da ‘pureza’ do espaço estende-se a outros elementos, como o recurso a indumentária própria e a medições operadas por instrumentos e lavagens protocolados.

A indumentária, facilmente identificável para o resto do hospital que emprega um código distinto de cores por departamento, é específica para a área cirúrgica, funcionando como uma barreira que impede a disseminação pelos doentes e pessoal de microrganismos provenientes de sangue e fluidos dos pacientes ou da roupa da rua (que fica sempre no vestiário, um espaço considerado sujo). A farda é constituída por blusa e calças (que podem ser de tecido ou outro material descartável, sendo ambas as peças impermeáveis, hidrófobas e resistentes), pela touca (que cobre todo o cabelo, para evitar a propagação de partículas do couro cabeludo ou barba), pela máscara (que deve adaptar-se corretamente ao nariz e à cara e ser substituída sempre que estiver húmida por perda de capacidade de filtração) e pelo calçado próprio para a área (as socas de borracha ou as coberturas plásticas de sapatos). Assim que sai de uma sala contaminada, a farda é sujeita a uma lavagem a altas temperaturas. O fardamento, que pode ou não coincidir em cor com o fardamento usado nos restantes serviços, simboliza um mundo fechado, que é o da ordem social do bloco, cujo objetivo é a proteção do doente e a prossecução da sua cura. Os óculos e ecrãs de proteção facial (ou viseiras) são componentes usados alternativamente durante a cirurgia. Há outras regras corroboradas entre o pessoal do bloco para manter a zona limpa, que passam pela higiene diária dos profissionais, o evitar do uso de joias e adereços, vernizes ou unhas de gel, bem como medidas standardizadas para o contacto com cada doente⁴³. Os uniformes são iguais para todos os que ocupam este espaço. Não há distinção de hierarquias no espaço mais amplo do bloco. A distinção ocorre exclusivamente na zona de transferência do doente e dentro de cada sala operatória, como adiante se descreverá.

⁴³ Note-se que é frequente cirurgiões e enfermeiros retirarem a aliança de matrimónio, para além de todos os outros acessórios, antes de iniciarem as cirurgias. Trata-se de um ritual quotidiano que também simboliza a entrega pessoal ao serviço e ao bem-estar do doente: nesse ato, o profissional despe-se do que lhe é mais valioso (o símbolo da sua aliança com o seu cônjuge) para preservar a assepsia e a esterilidade, ou seja, a condição de ‘limpo’, que minimiza o risco de infeção.

Figura 2 - Máscaras cirúrgicas



Fonte: trabalho de campo da autora

Na classificação dos blocos encontra-se a “sala limpa”, que obriga a parâmetros ambientais controlados para fins de conforto e assepsia, como sejam as partículas no ar, a temperatura, a humidade, o fluxo de ar, a pressão interior de ar e pressão relativa com salas adjacentes e a iluminação⁴⁴. O circuito do doente inerciado, habitualmente conduzido por um assistente operacional e por um enfermeiro do internamento, tem um sistema de barreira antes do acesso à zona limpa designado de *transfer* (termo derivado de ‘transferência’ do doente entre duas zonas), que impede a entrada da cama de transporte e dos acompanhantes⁴⁵ do doente na área do bloco operatório. Os familiares não acedem, por regra, a esta zona; a separação dá-se ao nível de circulação comum, que pode ser um corredor que interliga o espaço do internamento e o espaço restrito. O ‘sujo’, representativo do impuro e secundário, deve ficar de fora, enquanto o ‘limpo’, que representa o puro, o principal, fica do lado de dentro da fronteira do *transfer*. O *transfer* assegura o reconhecimento de hierarquias e funções. São as toucas, assim como a ausência de brincos, anéis, colares ou outros acessórios ‘contaminados’, que distinguem

⁴⁴ Norma ISO 14644 (vd. <https://www.isq.pt/servico-detalle/classificacao-de-salas-limpas/>).

⁴⁵ Os acompanhantes são constituídos por uma equipa de dois profissionais, habitualmente um enfermeiro e um auxiliar.

os enfermeiros que recebem o doente dos auxiliares ou enfermeiros que o entregam, simbolizando a promessa do indivíduo ‘curado’. Também é no *transfer* que se divide a organização do trabalho: do lado de fora fica a azáfama e a correria, a mistura de serviços, corredores, funcionários e doentes ou visitantes; do lado de dentro, um espaço amplo, calmo, estruturado. A sala 1 pertence à ortopedia. A sala 2 à cirurgia geral, e, do mesmo modo, dividem-se por outras salas as restantes especialidades cirúrgicas.

Figura 3 - Acesso ao vestiário masculino



Fonte: trabalho de campo da autora

O pessoal assistencial acede ao bloco operatório através do vestiário (*vd.* figura 3), onde se encontra a indumentária adequada ao espaço. Aqui, os profissionais vestem a farda ‘limpa’ e entram no bloco. É um espaço de dimensões reduzidas e onde, dependendo dos horários do dia, dificilmente se consegue encontrar espaço para pendurar a roupa ou para deixar os sapatos, ou até mesmo encontrar fardas para a mudança de indumentária, por já terem sido todas utilizadas e não haver reposição (*vd.* figura 4).

Figura 4 - Vestiário feminino



Fonte: *trabalho de campo da autora*

Nas paredes dos corredores encontram-se disponíveis, em pontos estratégicos, as máscaras e o desinfetante de mãos. O número de salas operatórias é muito variável, dependendo da dimensão do hospital, oscilando entre 2 e 15. A entrada em cada sala do bloco isola o doente e a equipa cirúrgica do resto do espaço do bloco. A partir do momento em que toda a equipa se concentra em torno do doente, as entradas e saídas ficam limitadas ao estritamente necessário. Para além dos equipamentos físicos que se encontram dispersos pelas salas dos blocos (como torres de laparoscopia ou outros aparelhos de imagem, como de ecografia), há sempre um instrumental cirúrgico básico numa mesa ao lado do paciente, gerido por uma enfermeira especializada (a enfermeira instrumentista). Encontram-se aqui os instrumentos de separação, que segregam diferentes tecidos e facilitam o acesso a cavidades e órgãos durante o ato cirúrgico de corte, de dissecação, de prensão, de hemóstase, de síntese, de afastamento, para afastar tecidos ou órgãos, e ainda o material específico a cada especialidade. A maioria destes são de uso transversal a praticamente todos os tipos de cirurgia, como as diversas pinças que se representam a seguir nas figuras 5 e 6:

Figura 5 - Instrumentos cirúrgicos



Fonte: trabalho de campo da autora

Figura 6 - Disposição do instrumental cirúrgico



Fonte: fotografia recolhida durante o trabalho de campo, reproduzida com a autorização da autora

Todo este equipamento e material está sujeito a regras de limpeza e de desinfeção que condicionam a sua circulação, peso máximo, instruções e regras de reprocessamento. A limpeza do material cirúrgico tem como objetivos reduzir ou eliminar o reservatório de microrganismos patogénicos e o seu meio nutritivo, reduzir a carga microbiana e proteger o material contra a corrosão. A limpeza é o primeiro passo, imprescindível para conseguir com êxito o controlo da infeção nosocomial (infeção por internamento hospitalar). A falta de limpeza adequada compromete a efetividade da desinfeção e da esterilização. Quanto à desinfeção, é um processo que destrói os microrganismos e pode realizar-se por métodos físicos ou químicos. Após o processo de desinfeção, o material mantém a propriedade estéril durante a sua manipulação, armazenagem e transporte.

Figura 7 - Organização dos consumíveis (1)



Fonte: *trabalho de campo da autora*

Os blocos dividem-se em três classes, mas os cirurgiões-gerais só operam nos convencionais e nos de cirurgia ambulatoria, dado que os de alta tecnologia estão destinados aos cirurgiões de transplante de coração, pulmão e fígado, à cirurgia cardíaca e da aorta e à cirurgia ortopédica. Numa sala cirúrgica, cada membro da equipa multidisciplinar deve obedecer a um conjunto de regras que classificam a sua função: os cirurgiões (principal e ajudantes) e a instrumentista devem usar uma farda estéril. Os membros da equipa estéril são designados como membros da equipa cirúrgica que intervêm no campo estéril (ou área que rodeia o paciente, composta por lençóis e campos estéreis, deixando apenas a descoberto a zona onde se fará a incisão), como se pode ver na figura 8:

Figura 8 - Disposição da equipa cirúrgica



Fonte: ilustração recolhida durante o trabalho de campo, reproduzida com a autorização da autora

Este processo de cobertura cria uma barreira de esterilidade que Fox (1992, p.22) considera instrumental e influente na retórica da sala operatória, ao manter o pessoal estéril e o equipamento estéril separados do equipamento e do pessoal não estéril (como o anestesista, o enfermeiro circulante e outros elementos fardados, mas não esterilizados, que possam assistir à operação). Quando um dos cirurgiões da mesa é muito mais baixo do que o colega, pode utilizar um 'degrau' ajustável, para poder trabalhar à mesma altura dos colegas.

Figura 9 - Degrau



Fonte: trabalho de campo da autora

O cirurgião principal é o responsável pelos conhecimentos necessários para a eficácia da cirurgia, bem como pelo diagnóstico prévio e pela decisão do tipo de cirurgia adequada ao paciente, condição que, aliás, determina a sua profissionalização. O ajudante deve conhecer a técnica cirúrgica e o estado do paciente para atuar em conformidade e poder substituir o cirurgião principal em caso de necessidade. O enfermeiro instrumentista deve conhecer todas as regras obrigatórias para manter a integridade e a assepsia do campo cirúrgico e dispor de todo o instrumental necessário à execução da cirurgia, material este que deve estar organizadamente disposto numa mesa de apoio estéril. O pessoal não estéril responsabiliza-se por manter o máximo de esterilidade na sala, incluindo a dos materiais e equipamentos. O anestesista é responsável pela administração da anestesia e pelo tratamento da dor, se verificados incómodos no despertar do doente, sendo apoiado por um enfermeiro na tarefa de conseguir os diversos estados anestésicos do doente e de prevenir reações adversas à anestesia. O anestesista dispõe de uma série de equipamentos que monitorizam o doente e um arsenal de medicamentos para mantê-lo a dormir ou acelerar o despertar.

Figura 10 - Cabeceira do doente: anestesia



Fonte: trabalho de campo da autora

As fotografias ilustram a cabeceira do doente, com o respetivo monitor de sinais vitais. De costas, o anestesista, separado do campo estéril por um consumível azul. Do lado oposto encontra-se a equipa cirúrgica, equipada com fardas esterilizadas.

O enfermeiro circulante tem a função de cuidar de todas as necessidades da equipa antes, durante e depois da intervenção, principalmente do instrumentista, a quem deve entregar material embalado estéril, já aberto para a mesa.

Figura 11 - *Organização dos consumíveis (2)*



Fonte: *trabalho de campo da autora*

Aos cirurgiões e ao enfermeiro instrumentista requer-se a lavagem cirúrgica com um antisséptico, como forma de eliminação de microrganismos das mãos e braços, feita antes de a equipa estéril colocar a bata apropriada, de forma a que o enfermeiro circulante a possa apertar pelo lado exterior. Para esse fim, à entrada de cada uma das salas operatórias, encontra-se um lavatório de grandes dimensões, com duas ou mais torneiras equipadas com sensores. A rotina repete-se num ritual que tarda cerca de cinco minutos, de forma a garantir uma limpeza absoluta dos cotovelos às pontas dos dedos. Posteriormente, cada elemento entra na sala com as mãos e os antebraços elevados em ‘L’ e recolhe um toalhete das mãos da instrumentista para limpar os mesmos. A enfermeira entrega a bata ao cirurgião, aberta de modo a que ele enfie primeiro os braços, e ajusta-lha ao tronco. A enfermeira recolhe o cinto da bata e o cirurgião dá uma volta em rodopio para se enrolar no cinto e a circulante poder atar-lho na cintura. De seguida, calça umas luvas estéreis que lhe são dadas pela instrumentista a jeito de enfiar os dedos. Há duas técnicas para este passo – em técnica fechada ou aberta –, mas o importante é que o

seu exterior não toque as mãos do cirurgião, uma vez mais para manter a sua esterilidade. O passo seguinte implica segurar no bisturi e iniciar a cirurgia.

Figura 12 - *Equipa cirúrgica*



Fonte: *trabalho de campo da autora*

O bloco operatório tem uma temperatura constante, significativamente mais baixa do que os restantes serviços, o que resulta dos sistemas de limpeza do ar. Por outro lado, está-lhe sempre afeta, pelos menos, uma sala de urgência de utilização polivalente. Nos maiores hospitais podem existir duas salas destas permanentemente disponíveis. A sala de emergência está tecnicamente apetrechada para servir qualquer emergência de qualquer especialidade cirúrgica. Algumas especialidades cirúrgicas têm bloco operatório no próprio serviço de internamento (*i.e.* obstetrícia ou oftalmologia), que também pode ser usado para serviço de urgência da sua especialidade.

III.2.2 – A pequena cirurgia e a cirurgia de ambulatório

Na linha de Fox (1999), realce-se que o aspeto que define a cirurgia ambulatória é a organização do tempo. A ênfase deste modelo de cirurgia é colocada na intervenção em si e não nos períodos pré e pós-cirúrgicos, que se consomem com a cirurgia programada em bloco central. Este modelo de cirurgia concentra-se na eficiência de recursos e no tratamento do maior número de doentes que seja possível incluir numa lista de cirurgia diária, ultrapassando a usual limitação do número de camas em cirurgia

eletiva. A cirurgia de ambulatório depende de uma boa coordenação das atividades e permite uma circulação eficiente dos doentes: os pré-operatórios substituem os que estão no recobro, evitando-se os internamentos e a transferência entre enfermarias e conseguindo reproduzir-se aquilo que Fox define como “uma máquina bem oleada” no racionalismo económico da linha de produção que envolve doentes e pessoal, os quais aceitam o controlo que o regime impõe (*idem*, pp.13-15).

Pela importância que constitui, atualmente, a cirurgia de ambulatório, no cenário dos cirurgiões-gerais e na economia hospitalar, importa realçar algumas diferenças face ao espaço do bloco operatório central. Assim, a pequena cirurgia não é, habitualmente, realizada num espaço como o descrito acima, nem a intervenção segue o mesmo protocolo: esta pode ser realizada sem a mudança completa de roupa do cirurgião e do doente e sem a ajuda de um segundo cirurgião ou instrumentista; normalmente, envolve anestesia local, dispensando a tarefa do anestesista e, sendo uma cirurgia de duração curta (até 20 minutos), prescinde de cuidados especiais de recobro. No serviço de urgências e na consulta externa, existem salas de pequena cirurgia dedicadas a doentes que não exigem cirurgia complexa. A partir deste conceito, em 1998, iniciou-se a cirurgia de ambulatório, modalidade criada por iniciativa da *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) e seguida pela Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA), atualmente presididas por um cirurgião-geral português. Estas associações estimularam a criação de regras e normas para procedimentos cirúrgicos de menor duração e que fomentam a cirurgia no período de vinte e quatro horas desde a entrada até à alta do doente. O tipo de intervenção cirúrgica é programado, ocorrendo sob anestesia local, loco-regional ou geral, mas sempre em unidades de cirurgia de ambulatório, as quais requerem instalações com circuitos próprios e independentes dos do bloco operatório central.

Segundo dados da APCA para o ano de 2018, 65,5% das cirurgias no SNS foram realizadas em ambulatório, correspondendo a seiscentos mil doentes. A fundamentação deste tipo de cirurgia passa pela ausência de internamento, a par da redução da permanência hospitalar, proporcionando diminuição das listas de espera e do risco da infeção nosocomial, a racionalização das despesas na saúde, libertando assim um maior número de camas para doentes graves. O tempo funciona neste regime como uma técnica

de gestão *just in time*, utilizada com vista a melhorar a eficiência, e atua como um mecanismo de controlo, na medida em que os trabalhadores produzem ao ritmo da organização, com a carga de tarefas impostas para o dia, pelo que os doentes acabam por circular como numa linha de montagem (Fox, 1999).

A cirurgia ambulatória acarreta benefícios para os doentes, nomeadamente em termos emocionais, pela desdramatização do ato operatório em si e pelo facto de permitir a recuperação em casa, próximo da família, e uma reintegração mais célere na vida normal, apesar de não ser raro os doentes desejarem passar mais dias numa enfermaria pós-operatória (cf. Fox, 1999; p.16). O padrão de qualidade da cirurgia de ambulatório é o mesmo da cirurgia de internamento em termos da *checklist* de cirurgia segura (que visa a segurança do doente, do ambiente cirúrgico e dos profissionais), incidindo sobre a responsabilidade e as funções individuais da equipa cirúrgica⁴⁶. Há vários procedimentos que a cirurgia geral pode realizar no formato de cirurgia ambulatória, nomeadamente as colecistectomias (extração de vesícula), varizes, quistos e o tratamento de vários tipos de hérnia, que são das intervenções mais frequentes. Neste modelo cirúrgico, mais conhecido por *one day surgery*, os doentes não requerem os cuidados pós-operatórios de uma cirurgia em ambiente de internamento. Os cirurgiões não têm, por isso, decisão sobre a alta do doente, uma vez que não há seguimento na enfermaria. Este fator não é, segundo Fox (1992), confortável ao cirurgião, pela perda de autoridade que implica a ausência de seguimento. No entanto, esta pesquisa permitiu perceber que os cirurgiões não só apoiam esta modalidade, por lhes permitir operar mais doentes num mesmo dia, como alguns preferem dedicar-se exclusivamente à cirurgia ambulatória e abdicar das cirurgias a doentes com internamento.

Em termos de espaço, os hospitais que têm cirurgia de ambulatório só costumam usufruir de uma ou de duas salas para o efeito, embora haja hospitais com 6 salas, distribuídas por todas as valências cirúrgicas. Alguns hospitais não oferecem um espaço próprio ao bloco de ambulatório e limitam-se a utilizar uma sala do bloco central, que

⁴⁶ A *checklist* é uma listagem de procedimentos de segurança obrigatórios em todos os procedimentos cirúrgicos, que é conferida no final de cada cirurgia, envolvendo, por exemplo, a contagem do número de compressas que entram na mesa cirúrgica ao longo da intervenção, devendo este número coincidir com o número de compressas que foram usadas e que vão para o lixo. Este simples procedimento oferece a garantia de que nenhuma compressa ficou dentro do doente, o que lhe confere a segurança de não vir a ter uma complicação posterior motivada por um ‘corpo estranho’.

disponibilizam para a cirurgia neste regime. Existem também hospitais construídos exclusivamente para funcionarem em regime de cirurgia ambulatoria⁴⁷ e que, portanto, são maiores e têm um maior número de salas, como o que adiante transcrevemos de um excerto de diário de campo, relativo a um hospital público:

O bloco é grande, tendo em conta a maioria de blocos de ambulatório em Portugal. Demorei o dia inteiro a perceber como alguns corredores se interligavam e onde conduziam. Há enfermeiras e anestesistas apressados, passando por estes corredores, entrando e saindo da Sala 1. Apenas esta, para onde iremos, está a funcionar. As restantes só funcionarão em SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia) da parte da tarde. Este programa é um modo de o Ministério da Saúde tentar recuperar as listas de espera cirúrgicas. Tem uma boa aceitação por parte dos profissionais de saúde, pois é uma forma de ganharem horas extras. Normalmente, tem muita adesão em horário pós-laboral e aos fins de semana, nos hospitais públicos, apresentando muito bons resultados de produtividade na área da cirurgia de ambulatório.

(excerto dos diários de campo, 17 de julho 2019, hospital do Grupo II)

Em todos os blocos existe a designada ‘sala de pausa’. Esta divisão compreende uma zona de repouso, equipada com cadeiras ou cadeirões, e uma zona de cozinha, com mesa, frigorífico, micro-ondas, lava-loiça e armários, onde os indivíduos aquecem as refeições. O hospital disponibiliza estes equipamentos, mas já não os mantimentos (água, manteiga, sanduíches várias), como era comum anteriormente às políticas implementadas pela *Troika*. Este é o espaço de maior interação entre os diversos grupos e, por isso, também o mais barulhento, que contrasta com o silêncio das salas operatórias.

Não é raro ouvir-se música durante as cirurgias; apesar de alguns cirurgiões proibirem nas suas salas operatórias qualquer tipo de ruído – inclusivamente conversas que não estejam no âmbito do trabalho –, podemos observar em vários hospitais salas com equipamentos de som, alguns já integrados na construção e outros comprados por médicos que deixaram para uso comum. O seguinte trecho de diário de campo dá conta de uma situação em que a música faz parte da rotina de uma equipa que trabalha, por sistema, em conjunto, o que gera um ambiente de sintonia e descontração.

⁴⁷ Os critérios da cirurgia de ambulatório são extensíveis à maioria da população, em algumas patologias, nomeadamente no tratamento da hérnia da parede abdominal. É muitas vezes utilizada como modo de produção acelerado, uma vez que os procedimentos são mais rápidos e o doente não fica internado, o que constitui uma mais-valia na recuperação das listas de espera.

O ambiente está descontraído e a enfermeira de apoio à anestesia decide pôr música. As conversas passam à informalidade de bronzeadores, praia e da voz do Roberto Carlos e do Julio Iglesias, que uns aceitam, outros gostam e outros detestam. A comunicação flui entre todos fruto, provavelmente, de um tempo longo em equipa. Ou simplesmente porque as pessoas gostam do que fazem e estão todas bem-dispostas. Ou ainda porque a cultura organizacional assim o permite.

(excerto dos diários de campo, 22 de julho de 2019, hospital do Grupo III)

Há, contudo, espaços e tempos que sublinham a divisão do trabalho e segregam as atividades de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares. Um deles é a sala dos médicos, que consiste em gabinetes amplos decorados com secretárias, cadeiras e computadores, e onde os médicos passam a maior do intervalo entre cirurgias a escrever os relatórios. Estas salas assemelham-se a um ‘escritório executivo’, mas quase sem papéis, uma vez que todos os dados da cirurgia são carregados pela via digital. Aqui, o cirurgião leva consigo o processo do último doente operado, revê o histórico e relata o procedimento, escrevendo todas as ocorrências e características técnicas que desenvolveu durante a intervenção. O processo é posteriormente entregue ao anestesista, que acompanha o doente até ao recobro e é responsável pela saída segura do doente do espaço do bloco operatório.

III.3 – Equipas e papéis no bloco operatório: a articulação entre cirurgia e anestesista

O bloco operatório – e, mais especificamente, a sala de intervenção cirúrgica – é um espaço onde se produzem cuidados médico-cirúrgicos e se misturam diversos tipos de saberes e múltiplas tecnologias emblemáticos do ‘modelo assistencial clássico’ (Coe, 1984). Este modelo é caracterizado pela disponibilidade técnica com o objetivo da cura e por um caráter imperativo no tratamento médico que realça a tomada de decisão para prevenir a morte e a consequente submissão do doente à autoridade médica. É, aliás, um modelo muito próximo do padrão de cuidados que Freidson (1970) designa de ‘intervenção médica’, que vê a dificuldade do doente como um problema técnico transitório que pode ser solucionado por uma intervenção física ou bioquímica que só o médico está em condições de pôr em prática. O doente pode ser, então, curado e sair, mas é incompetente no juízo do que é necessário para ser curado, pelo que se entrega nas mãos

da equipa regida pelo cirurgião, numa obediência inquestionável, permitindo que cada um cumpra o seu papel (*id.*, pp.132-133). Fox (1994) reitera que o bloco operatório é considerado pelo cirurgião como o foco do seu trabalho, pelo que auferir da legitimidade de o habitar. Os arranjos físicos para a cirurgia justificam as suas reivindicações de julgamento clínico enquanto estratégia organizacional. Três elementos distinguem a cirurgia das restantes especialidades clínicas e sustentam, na ótica de Fox (1992, p.132), as estratégias discursivas que fundamentam a autoridade dos cirurgiões: o grau de invasibilidade, o uso de técnicas anestésicas e a ênfase na esterilidade. O que torna, contudo, a cirurgia tão especial é a variedade de métodos de cura que, além de procedimentos técnicos, podem ser vistos como marcadores retóricos do que é realizado. A pureza, a quebra de barreiras entre um espaço exterior e o interior de um corpo e as rotinas assépticas que atestam o valor da cirurgia tornam-na poderosa. No seu significado social, este poder constitui-se por retóricas sobre os processos de cura, e a sua autoridade e prestígio derivam das tecnologias desenvolvidas pela medicina moderna. Mas a cirurgia não resulta apenas do trabalho dos cirurgiões: a natureza do trabalho cirúrgico consiste na interação entre grupos profissionais diferentes cujo objetivo comum é a cura do doente.

Corbin e Strauss (1993) definem os pilares desta interação como sendo os conceitos de articulação, que se relaciona com a coordenação do trabalho por meio de acordos. Estes acordos dizem respeito às ações necessárias à realização do trabalho, e a questões como o tipo de trabalho, quem o realiza e se os padrões organizacionais são cumpridos; a resolução de problemas, que é o processo interacional através do qual os acordos são estabelecidos, mantidos e revistos – consistindo numa série de estratégias e contra estratégias internacionais tomadas em resposta ao que é dito ou feito por outros; e a postura, que denota a posição assumida por cada participante em relação ao trabalho e ao processo de elaboração. Enquanto organizações complexas, ainda segundo Corbin e Strauss (1993, pp.72-74), os hospitais têm uma variedade de interagentes que realizam diversos tipos de trabalho, articulando-se por meio de acordos. O trabalho que uma equipa de enfermagem deve fazer requer ‘arranjos’ coordenados e cooperativos com médicos e outros departamentos (como os de farmácia, engenharia, limpeza, dietética, cirurgia, suprimentos centrais, raios X e outros). Os acordos entre os diversos *players* geralmente são elaborados dentro e entre departamentos por meio de uma série de estratégias de interação que habitualmente envolvem negociação e persuasão. Quando se quebram, em

virtude de contingências, isso gera problemas subsequentes na articulação do trabalho, o qual pode ser atrasado, sofrer perda de qualidade ou não ser realizado. Tal dificulta a articulação do trabalho dentro e entre as unidades e pode levar a conflitos e à necessidade de mais acordos

Adaptando ao contexto hospitalar o conceito de equipas de Goffman (1975), que caracteriza o grupo de indivíduos que coopera na encenação de uma rotina particular, e tomando como ponto de referência o conjunto inteiro de participantes e a interação como um todo – formando, assim, um conluio ou entendimento que alimenta a cooperação entre os atores (*id.*, p.78), podemos afirmar que, numa sala cirúrgica, a equipa multidisciplinar obedece a um conjunto de regras que classificam a sua função. Tome-se, por exemplo, a indumentária que, como já se referiu, distingue os diversos participantes e os respetivos papéis no interior da sala cirúrgica. Apelando à distinção entre os que usam farda estéril e os que usam apenas uma farda limpa, Goffman (1975) explica a existência de duas equipas que interagem em diálogo próprio, passando uma delas a representar o papel de atores e a outra o de observadores, ou plateia. Tal é verificável durante a cirurgia, momento em que a representação da equipa estéril assume o papel de equipa de atores num ambiente social conduzido apenas por esta, e os indivíduos de farda limpa assumem o papel de plateia (*ibid.*, p.89). Por corresponder à parte mais importante, o papel dos atores contribui ativamente para a interação entre equipas: estabelece o ritmo e direção de ambas num diálogo interativo e de modo a que nenhum indivíduo pertença simultaneamente à equipa de atores e à equipa da plateia, o que confere um sentimento de segurança (Goffman, 1975; pp.90-91). As posições de comando estão essencialmente atribuídas às fardas estéreis, embora hierarquizadas entre si, e as de execução, às fardas limpas. Não obstante, os papéis das equipas não são constantes durante todo o tempo de cirurgia e certos atores podem assumir temporariamente o papel de plateia e vice-versa. Como se exemplificará, o anestesista assume, em diferentes ocasiões, o papel de ator e os cirurgiões e instrumentista, o papel de plateia. Em contrapartida, o auxiliar de ação médica atua somente nos intervalos de cirurgias para limpeza da sala, ou então no final da cirurgia, quando as enfermeiras estão a retirar os materiais da sala, tendo, portanto, pouca interação com o pessoal de enfermagem e nenhuma com o doente ou o corpo

médico⁴⁸. Face a este grupo, a divisão e segmentação do trabalho são mais estáveis, não havendo praticamente espaços de negociação.

No que respeita à natureza do trabalho, podemos afirmar que, no interior destas salas, se acentua uma visibilidade social da interdependência profissional, em que os atores não prescindem da plateia para operar e curar o doente. A plateia participa, em termos genéricos, na execução das tarefas de apoio, que vão desde os inputs técnicos de orientação à utilização dos dispositivos médicos, implantáveis ou não ao simples definir de uma estratégia cirúrgica, quando o cirurgião questiona um estudante de medicina sobre as abordagens mais indicadas para ‘o’ doente específico. Neste cenário podemos recorrer ao quadro teórico retratado por Freidson (1970) e ao destaque dado por ele à dominância médica sobre as restantes ocupações ‘paramédicas’ – mas, em nosso entender, somente no que respeita à inter-relação entre a equipa médica e a equipa de enfermagem. Há, todavia, uma ligeira diferenciação entre a autoridade do médico-cirurgião e a autoridade do médico-anestesiologista que não cabe no postulado freidsoniano. Como afirma Freidson (1970, p.89), a socialização não explica alguns elementos importantes do desempenho profissional, e os comportamentos dos profissionais não são homogêneos em todos os cenários. Apesar de, na orgânica do hospital, não existir uma linha de separação entre ambas as especialidades, em termos de grupo profissional e na dinâmica da sala operatória, as posições de um e de outro são complementares, mas as funções assumidas e a própria orgânica do bloco apontam para uma supremacia por parte do cirurgião. O mesmo é confirmado por Serra (2008, p.526): em espaços onde a definição de estratégias é resultado de uma construção conjunta entre especialidades médicas, isso deve-se mais a um equilíbrio do que a uma hierarquia. No entanto, o cirurgião, em contexto cirúrgico, assume um lugar de destaque relativamente aos colegas, o que aliás é verificável, de modo geral, em todas as cirurgias, apesar dos limites de intervenção de cada grupo.

Fox (1994) interpreta os papéis de cirurgiões e anestesiologistas como correspondendo a perspectivas rivais sobre o doente cirúrgico, cabendo ao anestesiologista desafiar o privilégio da autoridade do cirurgião sobre o doente comum. O doente é, para o cirurgião, o portador

⁴⁸ Optámos por designar os assistentes técnicos operacionais como pertencentes a um grupo profissional, embora não tenham a profissionalização exigida para o preenchimento dos requisitos especificados na I parte deste trabalho. São, contudo, elementos essenciais ao funcionamento do bloco operatório, sem os quais não se podem realizar cirurgias, dada a necessidade da esterilidade e limpeza do espaço.

da doença (*illness*), a quem interessa ressecar a doença – independentemente dos efeitos traumáticos que possam ser causados –, enquanto, para o anestesista, o foco está no complemento da aptidão do doente (*fitness*), *i.e.* na continuidade da sua sobrevivência, à luz da qual a cirurgia pode representar uma ameaça mais danosa do que a doença em si. Segundo Fox (1994, pp.5-7), a determinação da adequação dos doentes para cirurgia é um meio de o anestesista desafiar o privilégio do cirurgião em termos do controlo da atividade do bloco: baseando-se na natureza da cirurgia, no histórico, no estado fisiológico e nas circunstâncias sociais do doente, os julgamentos clínicos dos anestesistas incidem sobre o tipo de anestesia e de agente anestésico, podendo evitar a realização de uma cirurgia, principalmente quando os doentes são admitidos sem o seu aval – e isto provoca uma tensão entre os especialistas.

No ponto de vista de Serra (2008), nas especialidades onde o património comum é mais pronunciado, como é o caso da cirurgia hepática, os conflitos e as divergências tornam-se mais evidentes no domínio dos saberes e das tecnologias. Em contraponto, naquelas em que se assiste a uma fronteira delimitadora entre cuidados médicos e cirúrgicos, o conflito atenua-se na complementaridade dos conhecimentos especializados. É a partir do controlo de tecnologias específicas que cada um dos elementos negoceia o seu poder. Cada uma das especialidades tenta inserir as suas práticas discursivas nas práticas discursivas das outras (*idem*, pp.538-540). Como pode ver-se pelo exemplo abaixo, extraído de um diário de campo, o anestesista parece ter tanta preponderância como o cirurgião na tomada de decisão para a cirurgia de uma doente de risco, de tal modo que, se um deles ‘chumbar’ a doente a partir do conhecimento que a sua especialização lhe permite, a cirurgia não se realiza. No caso abaixo exposto, cirurgião e anestesista não partilhavam inicialmente a mesma opinião relativamente ao tratamento da doente. O cirurgião reiterou a necessidade da cirurgia, mas a anestesista não abdicou da fundamentação médica, convencendo o colega a abdicar do tratamento cirúrgico:

Num dos corredores acabamos por cruzar-nos com a diretora de anestesia, que começou logo a falar do caso de uma doente difícil que tinha tido um AVC e estava com a perna direita prestes a ser amputada. A médica, que não me reconheceu, puxou pelo braço do cirurgião e afastou-o para um canto: “Vamos para aqui, que falamos melhor.” Nitidamente, não queria que eu ouvisse a conversa. Quando acabaram, nem dez minutos mais tarde, o médico explicou-me que havia uma dificuldade tremenda de avaliação multidisciplinar desta doente. O anestesista tem um papel

muito importante em casos semelhantes, para além da importância da sua decisão em todas as questões de doentes com recurso a cirurgia. Havendo fracas condições médicas por parte do paciente, torna-se mais difícil a tomada de decisão. Um paciente com inúmeras comorbilidades associadas à sua doença operatória (como obesidade, diabetes, tensão alta, cirurgia prévia, problemas de coagulação, entre outros), torna-se um risco superior para o cirurgião e, principalmente, para o anestesista, que tem que dosear a medicação pericirúrgica de modo a adaptar-se à sua variabilidade e à medicação que possa eventualmente fazer para outros tipos de patologia associada. É precisamente o caso desta doente: toma muita medicação, tem perto de noventa anos, está afásica e isso constitui um elevado risco cirúrgico para ambas as especialidades.

(excerto dos diários de campo, 30 de julho de 2019, serviço de urgência, hospital do Grupo II)

A divisão do trabalho e a organização espacial dentro do bloco operatório contribuem igualmente para balizar as responsabilidades, interesses e objetivos das duas especialidades. O acesso à sala de operações é diferente: o cirurgião entra pela área de desinfecção e o anestesista pela sala anestésica, onde tem contacto direto com o doente antes da cirurgia e logo depois, ao acordar e no recobro. Para além disso, o anestesista fica sempre à cabeça do doente (p.4). Ao longo do processo cirúrgico, a hierarquia funcional dos dois médicos vai-se alterando. Assim, é o anestesista que determina o instante em que o cirurgião vai pegar no bisturi para iniciar a incisão no doente: corresponde ao seu papel a introdução das drogas anestésicas para o adormecimento do doente e só o anestesista pode definir, consoante os valores numéricos entregues pelos equipamentos de monitorização, o momento em que a condição de sono é atingida. E sempre que se apercebe de movimentos inesperados nos gráficos dos monitores que indiquem perturbações no bom funcionamento respiratório ou no sono profundo do doente, o anestesista ordena ao cirurgião uma paragem para o restabelecimento dos valores esperados. Em certos casos, as decisões do anestesista podem, inclusivamente, complicar as decisões unilaterais do cirurgião sobre a organização do seu trabalho, como pode ver-se pelo excerto abaixo:

Entro e vejo na mesa a doente já aberta, com um retrator na barriga, que afasta tecidos e permite o trabalho dos três cirurgiões, que estão concentrados no cólon da paciente. À entrada, ao deixar na secretária do bloco a minha bolsa, por uma questão de segurança (em nenhum hospital é seguro deixar os pertences no vestíário, pelo risco de roubo), esta explica-me que a cirurgia começou muito mais tarde. A doente é testemunha de Jeová e o anestesista atribuído é objetor de consciência. Isto significa que pode não querer anestesiar um paciente que não queira receber

transusão de sangue, em caso de necessidade. Neste hospital, dos anestesistas mais antigos, confirma a enfermeira Ana (que está a circular na sala), apenas um não é objetor de consciência e anestesia estes doentes. Agora, reitera, os mais jovens não têm a mesma filosofia e todos anestesiam, mas no passado foi complicado haver apenas um disponível para o fazer. Deste modo, a sala teve de esperar por um outro anestesista que estivesse disponível para proceder ao início da cirurgia. E isso demorou duas horas.

(excerto dos diários de campo, 3 de setembro de 2020, hospital do Grupo II)

Noutras circunstâncias, é o cirurgião que ‘reclama’ não conseguir prosseguir com o seu trabalho porque há movimento do corpo do doente que o impede ora de retirar um pólipó, ora de fechar um vaso em sangramento, denunciando desconfiança no trabalho do colega anestesista. Neste tipo de trabalho profissional, médicos e enfermeiros controlam a produção de cuidados, mas entre o médico-cirurgião e o anestesista verifica-se uma alternância no ato médico e administração do tratamento. De acordo com Fox (1994), estes encaixes organizacionais definem o *modus vivendi*, numa sala operatória, dos dois especialistas, que usam este tipo de estratégias para delinear a sua autonomia clínica. Fox sugere que a abordagem pós-moderna para a análise organizacional alerta para o facto de estas práticas sobre o corpo do doente constituírem uma ligação entre conhecimento e poder. As estratégias organizacionais adotadas por cada um dos grupos e as resistências que lhe são inerentes denunciam as diferenças de expertise de cada um deles e a luta pelo controlo de uma determinada situação. A organização da cirurgia apresenta estas diferenças entre cirurgião e anestesista, ancoradas nas suas noções de *illness* e *fitness* e as possibilidades de controlo do cenário cirúrgico inerente aos seus discursos (*idem*, p.17).

Freidson destaca que as pessoas estão constantemente a responder a pressões nas situações em que estão envolvidas, sendo a forma como respondem um *outcome* das pressões da situação, mais do que de preceitos internalizados, o que leva o autor a falar de um comportamento situacional (1970, p.90). Esta alternância de papéis entre cirurgiões e anestesistas pode também encaixar-se na teoria de Corbin e Strauss (1993). Se, por um lado, a teoria de Freidson pode ser vista como uma resposta ao profissionalismo dos médicos, o qual é orientado preferencialmente por uma norma padronizada, mais do que pela aceitação de comportamentos situacionais, por outro, o postulado da ordem

negociada pode explicar a manutenção de um equilíbrio entre especialistas, no sentido de assegurar o bem-estar do doente, por via de uma renegociação de papéis⁴⁹.

Em cirurgia, o trabalho da equipa e a ordem do quotidiano são essenciais para que a produção de cuidados (do ponto de vista ‘managerial’) atinja os objetivos esperados para o doente e para a instituição. A ausência de anestesistas implica a não realização de cirurgias e, por consequência, o atraso na cura do doente e o incremento das listas de espera. Muitas vezes, estas ausências são identificadas apenas no próprio dia: o anestesista afeto à sala X não aparece no bloco e o serviço de anestesia não tem como substituí-lo. Consequentemente, todas as cirurgias agendadas para esse período (manhã ou tarde) ficam adiadas. A equipa cirúrgica passa a fazer trabalho burocrático ou visitas aos doentes do internamento e os enfermeiros são divididos por outras salas. Em suma, o doente é adiado. Se houver vagas noutra sala no mesmo dia ou nos dias seguintes – e dependendo da prioridade cirúrgica –, o doente pode ficar internado ou voltar a casa e regressar ao hospital, em função da patologia. Se não houver vaga, o doente entra no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC). Findo o prazo de espera máxima para a intervenção, se ao doente não lhe tiver sido agendada cirurgia, o hospital do SNS concede-lhe um *voucher*⁵⁰ de utilização em instituições de saúde do terceiro setor ou do setor privado, contratualizadas em regime de parceria, com vista a dar seguimento ao seu tratamento⁵¹. Alguns destes doentes acabam por reiniciar o processo de cura nos hospitais de origem, depois de tratados nessoutras instituições:

Como verificámos, há uma alternância dos papéis médicos durante a atividade cirúrgica, mas as relações do cirurgião com os enfermeiros não sofrem alterações. O anestesista não tem qualquer relação com o instrumentista, nem com o circulante; apenas interage durante o procedimento cirúrgico com o enfermeiro de anestesia. Como este,

⁴⁹ No atual contexto do sistema de saúde, o anestesista adquire uma certa dominância sobre o cirurgião, em função de o número de anestesistas no SNS ser inferior ao necessário. Isto faz com que os anestesistas beneficiem pelo facto de a procura ser superior à oferta, estando em condições de negociar remunerações mais elevadas com as administrações hospitalares.

⁵⁰ Os *vouchers* são vales de cirurgia para doentes inscritos no SIGIC. À data do trabalho de campo, os prazos de espera para doentes do SNS estavam definidos de acordo com uma escala de prioridades: prioridade normal, 180 dias; prioritários, 30 dias; muito prioritários, 15 dias; urgência diferida, 3 dias. Findos estes prazos de espera, a instituição emitia esse vale para as entidades contratualizadas. Frequentemente, os doentes regressavam ao sistema, alguns com complicações agravadas.

⁵¹ *Vd.* Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril.

muitas vezes, substitui o anestesista, poderá falar-se de uma alternância nos papéis. Não raras vezes, o anestesista ausenta-se da sala – em algumas circunstâncias porque tem de dar apoio anestésico a duas salas cirúrgicas em simultâneo – e o enfermeiro monitoriza o paciente e providencia ao doente as tomas medicamentosas. O instrumentista oscila o olhar entre as mãos dos cirurgiões, principalmente do cirurgião principal, e a sua mesa de instrumentação, numa relação de estreita cooperação, mas não pode ignorar-se a subordinação do instrumentista aos cirurgiões, particularmente ao cirurgião principal. A ordem processual – ou seja, os passos seguidos de modo quase automático entre cirurgião e instrumentista – pode inverter-se de acordo com o doente e a patologia, mas os gestos essenciais têm uma sequência única ritualizada: o cirurgião principal estende a mão na direção do instrumentista e este sabe que instrumento lhe passar. Esta ‘troca’ é silenciosa, a não ser que surjam intercorrências no decurso da cirurgia. Por exemplo, o doente pode começar a mexer-se por perda de estado de sono profundo, e rebentar uma artéria, o que exige reação imediata da equipa no sentido de estancar o sangue o mais rapidamente possível. Em último caso, é o cirurgião quem toma a rédea da situação. O anestesista apenas intervém quando a situação requer uma mudança do procedimento anestésico. Em tomadas de decisão cirúrgica, o diálogo mantém-se entre os três elementos de farda estéril. O circulante, que tem como função prover o instrumentista de todo o tipo de material consumível e entrega sempre o material esterilizado com a embalagem aberta, para que nunca haja contaminação das luvas do instrumentista. Novamente, a integridade da propriedade de limpo, a função de proteção ao doente. Não obstante, a comunicação direta entre o circulante e os cirurgiões ocorre amiúde em situações de maior tensão, como em situações de contaminação perioperatória que possam pôr em risco a cirurgia e a própria vida do doente:

Um odor a fezes começa a surgir e verifica-se que há conspurcação na zona da ostomia – o buraco que estava ligado ao saco por onde o doente defecava. Um resto de fezes está a sair por aí, o que deve ter acontecido com a movimentação dos intestinos. O médico ajudante pede que a enfermeira circulante traga um steri-drape para tapar a zona suja, de modo a isolar as partes sujas das limpas e, por consequência, evitar conspurcação que pode conduzir a sepse cirúrgica. A enfermeira volta a sair da sala e o cirurgião irrita-se:

- Não se pode andar sempre fora e dentro a ir buscar material!...

O enfermeiro instrumentista, que está mesmo ao lado deste cirurgião, intervém em defesa da colega:

- O material não pode estar todo na sala, doutor...

Mas o cirurgião insiste, pois, a enfermeira tem estado numa constante entrada e saída da sala, sem ter material nenhum à mão, quando, como é o caso, os médicos precisam de rapidez para solucionar um obstáculo. A enfermeira, entretanto, regressa e entrega o material adesivo à instrumentista. Abre-lhe a embalagem e a instrumentista, que está estéril, agarra a parte interior da mesma, para retirar o invólucro que contém o material. O que se encontra no interior está estéril, por isso ela pode tocar-lhe com as luvas estéreis. Não há toque entre a circulante e a instrumentista. A circulante não pode tocar em nada que esteja estéril e a instrumentista não pode tocar em nada que não esteja. Um procedimento que garante a limpeza e minimização do risco de infeção.

(excerto de diário de campo, 13 de março de 2020, Hospital PPP)

Ao invés do que acontece no início da cirurgia, altura em que o anestesista determina o momento em que o cirurgião dá o primeiro corte no doente, o final da cirurgia é decidido pelo cirurgião principal e assinalado por uma expressão canónica: “Vamos fechar!” Uma vez proferida esta frase, o cirurgião principal abandona a sala, deixando aos restantes cirurgiões a tarefa de encerrarem o doente. É então que o interno põe em prática a primeira habilidade da cirurgia: a sutura. Ficam, depois, as enfermeiras a arrumar o instrumental cirúrgico, e o anestesista, que tem de acordar o doente. A par do ritual da indução do sono, este é o momento em que o anestesista se torna o ator principal para o doente. O doente anestesiado é o centro da atenção e da ação de toda a equipa, mas não age nem assiste enquanto ator que desempenha um papel; a equipa interage com o seu corpo, que já possui uma qualidade impessoal, mas não se verifica uma interação com o papel social do doente, porque ele não está (temporariamente) presente. Somente o seu corpo e os processos fisiológicos ou biológicos de conspurcação, limpeza, esterilidade e invasibilidade que afetam um corpo inconsciente.

III.4 – A produção de cuidados no bloco operatório: o imprevisto

A enfermeira explica que não há material. Só consegue encontrar o que precisa na sala da urgência (que é aquela sala que tem de ter, obrigatoriamente, tudo). A cirurgião volta a perguntar: “Mas porquê?”

- Não sei! – responde a circulante.

Não sabe porque não há material nos locais de stock habituais.

- Não sabe, pergunta à chefe! - refuta a cirurgiã, um pouco incomodada.

- Já perguntei e ela também não sabe... - sublinha a enfermeira.

- Não há material, não se começa a cirurgia... para isso é que se faz uma checklist... - interrompe o cirurgião que desde o início está aborrecido com a entrada e saída da sala em modo de repetição.

(excerto dos diários de campo, 13 de março de 2020, hospital PPP)

Como oportunamente destacámos, a economia hospitalar do SNS sofreu um enorme impacto negativo, não apenas durante a implementação de medidas restritivas ao consumo de consumíveis e dispositivos médicos no período do Memorando de Entendimento, como também nos anos que se seguiram. Este imprevisto provocou efeitos negativos no *modus operandi* das equipas de cirurgia: se num cenário pré-*Troika* não se sentiam dificuldades de resposta aos pedidos dos cirurgiões, o mesmo não aconteceu depois. Os blocos cirúrgicos passaram a ser marcados por tensões entre os grupos profissionais, em virtude de os enfermeiros não poderem entregar dispositivos de uso intraoperatório aos cirurgiões, por inexistência de *stocks*. A escassez de materiais imprescindíveis ao tratamento do doente condicionou o padrão das comunicações verbais e gestuais e a ordem destas.

Por outro lado, e como refere Piedade Silva (2018), o modelo de produção de cuidados aos doentes também se alterou por via da dificuldade em obter recursos materiais, conforme podemos comprovar por uma série de expressões usadas por cirurgiões entrevistados:

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!

(excerto dos diários de campo, 13 de março de 2020, hospital PPP)

O corte registado no número de recursos humanos nos hospitais do setor público, durante este período, não foi integralmente recuperado. Principalmente nos blocos operatórios, notou-se uma escassez de enfermeiros para desempenhar todas as atividades, desde a esterilização à organização dos materiais, processos burocráticos e trabalho cirúrgico – o que se refletiu no atraso das cirurgias eletivas e no aumento das listas. A ordem do quotidiano viu-se assim alterada pelas restrições de pessoal e equipamento impostas, sendo necessário recorrer a negociações intra e interequipas para que as cirurgias possam ser realizadas de modo proficiente.

Um outro acontecimento que também assume o caráter de imprevisto tem a ver com os efeitos da pandemia nos acessos ao bloco, no fardamento usado e nas formas de operar. A elevada probabilidade de transmissão do vírus implicou alterações no fardamento, tendo passado a ser obrigatório o uso de máscaras de dupla proteção (FP2), viseiras, cogulas⁵² e fatos de proteção que isolavam todo o corpo. Como se pode ver pela descrição de uma cirurgia-geral, as rotinas de vestes e de entrada na sala, ou de mudança entre doentes, modificaram-se:

No bloco [do hospital privado onde opera] estão a tratar todos como COVID-19. A equipa de anestesia usa EPI, a equipa de cirurgia só entra na sala quando o doente já está anestesiado, usamos máscara com viseira e saímos da sala antes de acordarem o doente. Não fazemos laparoscopia e tem de haver 1 hora de intervalo para entrar o próximo doente na sala.

(MM010420)

Contudo, esta realidade não foi transversal a todos os hospitais, designadamente aos públicos. As instituições do SNS, pela maior afluência de doentes, viram-se a braços com a escassez de material de proteção para os médicos em contacto direto com os doentes, nomeadamente em cirurgia. Em plena fase de alarme, na terceira semana de COVID, os cirurgiões operavam doentes potencialmente positivos com fardas normais, sem acesso aos equipamentos de proteção individual recomendados pela OMS, pela Ordem dos Médicos e pelo Colégio de Anestesiologia. As máscaras eram reutilizadas todos os dias, pois não havia máscaras disponíveis no mercado. As novas, em escassa

⁵² A cogula é um dispositivo de uso único que consiste num gorro que tapa cabeça e pescoço, até aos ombros, deixando o rosto a descoberto. É usado como forma de proteger a equipa cirúrgica do doente. Em muitas cirurgias não foi possível, numa fase inicial, testar todos os doentes ao novo vírus, pelo que todos foram considerados “COVID positivo” e, nestes casos, o uso de cogula passou a ser recomendado.

quantidade, eram guardadas pelas enfermeiras-chefes dos blocos, para não desaparecerem.

Na intensidade com que se foram vivenciando todos os constrangimentos à atividade médica, a Ordem sugeriu que as cirurgias em doentes infetados ou com elevada suspeita de COVID-19 fossem realizadas em espaços exclusivos, o que modificou toda a trajetória do acesso dos doentes, não apenas das urgências ou dos internamentos, mas também dentro do próprio bloco operatório, até à sala exclusivamente utilizada para o efeito. Estas orientações não foram, contudo, seguidas do mesmo modo em todos os hospitais, e nalguns foram tardiamente implementadas por escassez de mão-de-obra.

Figura 13 - *Trajeto de doentes COVID*



Fonte: *trabalho de campo da autora*

O quotidiano habitual de um bloco em dias de semana foi substituído por um silencioso estado de apatia, o mesmo que se vive ao fim de semana, onde só ocorrem as cirurgias de recuperação de lista de espera ou de urgência. O número de doentes reduziu-se aos muito prioritários, essencialmente de patologia cancerígena, e aos casos de urgência, mas a nova norma não se aplicou em todas as instituições do mesmo modo, uma vez que o número de casos de infetados variou muito entre regiões, afetando essencialmente, e numa fase inicial, os hospitais do litoral, que, na realidade, são os que detêm maior *expertise* em situações de catástrofe: os do Grupo III. Em hospitais de província, os primeiros casos demoraram a surgir, mas, ainda assim, só se operavam os

casos prioritários. A medida de encerramento de salas para casos não urgentes foi rapidamente colocada em prática e passou a designar-se uma sala exclusiva para cirurgias em doentes urgentes ou prioritários contaminados:

A sala onde eu sempre estivera em cirurgia é agora a sala dedicada a COVID positivos. Hoje é a sala 1 que está a funcionar com cirurgia geral. O corredor do bloco está praticamente vazio. Há menos de metade das pessoas que habitualmente estão na azáfama cirúrgica de recolhe material numa sala, entrega noutra, manda peça para fora, receciona doentes no transfer... e todos esses passos rotineiros e acelerados que deram lugar a um estranho silêncio e um estranho vazio humano num espaço que eu nunca vira assim (...). O cirurgião recomenda-me que tire relógio, colar e brincos, tudo o que é acessório, e guarde no bolso. Isto, sim, é um dado novo. As enfermeiras deixaram de autorizar estes complementos nas suas salas. As normas não mudaram. A implementação da norma é que está a efetivar-se...

(excerto dos diários de campo, 13 de maio de 2020, hospital do Grupo I)

Inevitavelmente, a organização e divisão do trabalho foram alteradas pela infeção dos profissionais de saúde (que ditou a alocação de pessoal de enfermagem do bloco operatório a outros serviços), pela ausência de material e pela debilidade emocional dos indivíduos:

A circulante explica que a atividade está a voltar ao normal, mas que o início da COVID foi muito complicado para as pessoas, sobretudo a nível psicológico. Embora ainda não esteja a funcionar a 100%, este bloco tem agora apenas duas salas encerradas, uma das quais para pacientes COVID. Espera, contudo, que a festa [local] traga um excesso de pacientes à urgência e, em caso de acidente, possa também trazer ao bloco. Este pressuposto causa uma certa ansiedade entre os enfermeiros. A profissional sublinha que as pessoas andam muito irritadas, que o momento que se atravessa não é confortável para ninguém. Logo que é chamada, a enfermeira termina a conversa e vai assistir a instrumentista. Entretanto, pergunto aos cirurgiões se a atividade já voltou ao normal, ao que me respondem que ‘nem pensar, está muito longe disso!’, quase em unísono.

(excerto dos diários de campo, 13 de setembro de 2020, hospital do Grupo I)

A urgência é um dos espaços do hospital classificados por Strauss *et al.* (2017, p.6) como ‘lugares-workshop’, onde ocorrem diferentes tipos de trabalho e onde recursos diferentes, (competências, rácios de força de trabalho, equipamentos e medicamentos) são necessários e a divisão do trabalho está ao serviço direto ou indireto da gestão da doença dos pacientes. Os cirurgiões gerais com contrato de exclusividade com o SNS são

obrigados a preencher 12 horas semanais no serviço de urgência, dispondo ainda de mais 12 horas opcionais, pagas como extraordinárias (sendo esta uma forma de o cirurgião auferir um vencimento superior e de o hospital colmatar a persistente ausência de médicos na urgência). A escassez de recursos prende-se com o facto de não haver mão-de-obra suficiente, mas também com a não obrigatoriedade do serviço de urgência noturno a partir dos 50 anos, e diurno a partir dos 55. Isto implica que os saberes dos médicos mais velhos e mais experientes sejam os menos presentes no serviço de urgência. Este é um serviço que inclui o diagnóstico e o tratamento de casos não cirúrgicos, podendo abranger também a cirurgia de doentes acabados de entrar neste serviço. O trabalho assenta muito nos médicos internos, em formação, sob a supervisão direta e obrigatória de, pelo menos, um especialista (as equipas médicas são rotativas e todos os turnos contam com um chefe diferente). Já o trabalho do pessoal médico e de enfermagem consiste na prestação de cuidados polivalentes, sob a coordenação de um enfermeiro-chefe e de um diretor, que são permanentes. Na urgência, os diagnósticos clínicos dependem essencialmente do raciocínio médico e contam com o apoio de medidas complementares, como análises e imagiologia, exames muito especializados realizados pelos serviços técnicos do hospital. A este propósito, Strauss *et al.* (2017, p.3) salienta que os hospitais grandes estão a tornar-se dependentes da maquinaria em função das pressões exercidas pelas especialidades médicas que procuram preencher os seus requisitos tecnológicos. Este fator implica o crescimento de novas ocupações em torno da utilização destes equipamentos, como bioengenheiros, terapeutas respiratórios e técnicos de radiologia. Para Strauss, a tecnologia médica não só prolonga vidas humanas como também reforça a dependência de profissionais para o tratamento das doenças.

A urgência é um espaço menos proibido e mais aflitivo do que o bloco operatório, que congrega uma amálgama de indivíduos de saberes diferentes, equipados com fardas de cor específica ao serviço e não à função de cada profissional, com doentes e familiares de doentes. As situações de fricção são mais visíveis neste departamento do que num bloco cirúrgico, justificadas pela necessidade de resposta rápida, pelo número de elementos que intervêm no serviço, pelo imprevisto constante, pela incerteza permanente e pela extrema interdependência entre os vários atores. Há uma interação constante entre doentes e médicos, entre os enfermeiros e doentes e entre enfermeiros e médicos. Como afirma Serra (2008, p.531), estes três grupos partilham uma luta comum contra a doença

e, quanto maior for a longevidade do tratamento e a intensidade dos cuidados, mais fortes as relações se tornam.

No trabalho de campo verificamos diferentes tipos de desentendimentos a vários níveis, condicionados pela escassez de tempo: entre doentes e médicos, entre enfermeiros e médicos, entre doentes e enfermeiros, entre médicos, entre médicos e técnicos ou entre enfermeiros e técnicos. Para Fox (1999, p.19), tais atritos podem explicar-se pela necessidade que alguns grupos têm de manipular o tempo para satisfazer os seus fins, “perturbando rotinas e introduzindo a possibilidade de luta e de resistência”. O tempo é um elemento crucial para manter a ordem técnica da urgência e as esperas prolongadas podem traduzir-se em morte.

A nível de indumentária, os médicos do serviço de urgência distinguem-se sobretudo pelo estetoscópio ao pescoço, aliás um símbolo tradicional de diferenciação e deferência (Parsons, 1951). As especialidades representadas no serviço de urgência dependem do grupo de hospital; de forma geral, todos têm urgência de cirurgia geral, mas a especialidade obstétrica, por exemplo, não é transversal a todos os grupos.

O trabalho de campo num dos serviços de urgência de um hospital do Grupo II, traduziu-se no acompanhamento de um dia regular de um cirurgião geral. O homem, de cerca de cinquenta anos, não é de nacionalidade portuguesa, mas reside e trabalha em Portugal há quase duas décadas. O hospital em que trabalha está inserido num Centro Hospitalar com dois hospitais na região e tem uma elevada carência de recursos humanos e um grande afluxo da população local ao serviço de urgência. Na ação de *shadowing*, foi possível observarmos uma multiplicidade de tarefas que não correspondem ao que seria expectável nesta especialidade, como o diagnóstico médico de crianças. Num dia normal de urgência, o cirurgião inicia a sua atividade no serviço de internamento às 08 horas da manhã. Se esse dia coincidir com períodos de férias, haverá pouca gente no serviço; por outro lado, se o cirurgião for o chefe da equipa de urgência, terá muitas tarefas para desempenhar em simultâneo. Os gabinetes médicos dos serviços de internamento no hospital em que o cirurgião trabalha em exclusividade são espaços reduzidos que nem sempre recebem luz direta do exterior, estando essencialmente ocupados por secretárias com computadores, aos quais acedem médicos e enfermeiros que entram para recolher informação de processos ou para discutir casos dos doentes entre si. Num deles, pelo

menos, existe uma cama de solteiro encostada à parede, onde dormem os médicos de cirurgia geral quando conseguem uma pausa para descanso na noite de urgência.



Figura 14 - *Corredor de internamento*

Fonte: *trabalho de campo da autora*

Neste hospital em particular, os enfermeiros usam bata branca e os assistentes operacionais usam bata verde. Depois de consultado o movimento da urgência, através do computador e do telefone, o cirurgião segue para o internamento ou diretamente para a urgência, se tiver doentes em espera. Se for ao internamento, passa visita aos seus doentes que tenham sido operados de urgência, mas também aos doentes dos colegas que estão de férias. No verão há menos gente a trabalhar, daí a denúncia constante da falta de pessoal e o facto de cada profissional de saúde ter de se desdobrar em dois para cumprir um programa. E quando os dois cirurgiões de urgência têm de operar um doente emergente, a urgência fica sem apoio e, nas palavras de um destes profissionais, “se entrar um doente com uma facada profunda, pode morrer porque não está nenhum cirurgião disponível para operar”. Urgente e emergente não são a mesma coisa: um doente urgente é um doente que tem de ser operado em breve, mas que pode esperar; um doente emergente é um doente que tem de entrar imediatamente no bloco operatório, senão morre. Por vezes há um interno da especialidade de cirurgia geral a ajudar no serviço de urgência, o que é francamente melhor. Mas, quando há pouco pessoal, pode não nenhum disponível. Os IAC (Internos do Ano Comum) não podem operar. Podem colaborar nas tarefas administrativas, mas não têm conhecimento para tratar doentes.

Os corredores do serviço de urgência são compridos e têm várias portas de ambos os lados, por onde se dividem os doentes. Habitualmente, existe um lado para o internamento feminino e outro para o internamento masculino no serviço de cirurgia. As enfermarias comportam várias camas⁵³ e uma janela. Os números das camas estão escritos num letreiro na parede à entrada de cada porta. Pelos corredores circulam enfermeiros e enfermeiras fardados, com fardas de tecido verde, em passo acelerado, e doentes, maioritariamente com batas atadas com duas tiras na parte posterior, em passos lentos. Alguns doentes circulam agarrados aos lancis construídos nas paredes para apoio de mãos, ao nível da cintura; outros, apoiados por enfermeiros (normalmente os mais idosos ou os com cirurgias de recuperação mais complexa), e outros com andarilhos ou agarrados ao suporte de soros ou de medicação, que têm o aspeto de um cabide de pendurar roupa, mas com rodinhas na base. Em algumas enfermarias, sente-se um cheiro diferente, mais abafado, resultante das lavagens de feridas e mudanças de pensos dos doentes. Os enfermeiros andam com um carro com um ou dois tabuleiros carregados de substâncias desinfetantes, como *Betadine*, e uma panóplia de pomadas e líquidos, compressas e adesivos, agulhas e seringas.

Quando passa visita a cada um dos doentes da urgência, o cirurgião coloca-lhes questões de protocolo. Os doentes respondem em função do seu estado e retribuem com uma série de perguntas. Constatamos, nesta interação, os elementos padronizados dos papéis do médico e do doente, tal como descritos por Parsons (1951): o doente convoca, através das múltiplas questões que coloca, o conhecimento especializado do médico e este provê a ajuda qualificada que lhe está institucionalmente validada. O doente está ‘a nu’ com o seu médico, expondo-se, e o médico observa, toca e manipula-o no exercício do seu trabalho. Pode acontecer que algumas questões mais íntimas sejam colocadas e os doentes mostrem alguma ‘vergonha’, pausando a sua resposta, demonstrando uma dependência do saber técnico do cirurgião ‘explorador’. Entre as perguntas do médico e as respostas do doente estabelece-se uma confiança mútua, à qual o doente se entrega na expectativa da cura. Sempre que possível, a enfermeira sustenta a posição do cirurgião e testemunha a execução do tratamento ministrado. Uma exposição e participação do doente na comunicação permite que enfermeiros e médicos trabalhem melhor do que em

⁵³ No trabalho de campo, apurámos a existência de enfermarias compostas por 3 a 12 camas. Os hospitais de maior dimensão tendem a ter enfermarias com um número superior de camas.

situações em que o doente tenha dificuldade de expressão ou de compreensão da mensagem médica, que pode ser causada por uma falta de confiança nos profissionais. Os excertos abaixo demonstram como a proximidade e a clareza alternativa ao discurso meramente tecnicista entre o cirurgião e o doente conquistam a confiança do doente e facilitam não somente a comunicação, mas também a compreensão:

A enfermeira responsável por aquele doente mostra ao cirurgião as fotos que tirou dos pensos e da ferida. O cirurgião pergunta se precisa de baixa e a enfermeira diz que lhe parece que o doente está bem. O paciente responde que não precisa de baixa. Todos parecem satisfeitos com o resultado do trabalho cirúrgico e o paciente terá alta nesta mesma manhã. A ligação que o médico tem com os doentes é absolutamente próxima: trata todos com familiaridade, respeito, e explica, em detalhe, tudo o que lhes vai acontecer segundo cada opção de tratamento ou de continuidade de tratamento. Os doentes agradecem-lhe de forma humilde e serena, e não se evidencia qualquer obstáculo comunicacional que inviabilize a confiança. O especialista explica ao doente que a mudança de pensos deve ser continuada no centro de saúde e este anui, sem levantar qualquer questão. O cirurgião insiste nos detalhes do tratamento, e o doente vai acenando afirmativamente a cada regra. Os outros dois doentes da enfermaria mostram-se atentos àquela visita da manhã para dar alta (as camas estão divididas por um suporte de cortinas ancorado no teto, mas as cortinas estão abertas). Não se respira doença, apenas bom trato.

O paciente tem uma patologia gástrica, que me pareceu ser neoplásica, embora não se tenha usado a palavra cancro à frente do senhor, que entrou num gabinete de observação com as suas duas filhas adultas, mas jovens. O homem pediu que lhe explicasse tudo. O cirurgião abdicou do vocabulário técnico e explicou-lhe de uma forma perceptível a qualquer ser humano: ele teria de ser submetido a uma cirurgia já na próxima quinta-feira (48 horas depois). Essa cirurgia poderia transformar-se em duas cirurgias. Primeiro, iriam fazer-lhe uma laparotomia, ou seja, fazer-lhe um corte para, através de uma câmara, poderem ver o órgão e a sua condição. Se verificassem que não havia nada a fazer, fechariam a incisão e ele voltaria para casa. Se, ao contrário, na tarefa exploratória verificassem que havia um problema, aproveitariam o tempo cirúrgico e operá-lo-iam logo para solucionar o problema. O diálogo foi claro. Pai e filhas perceberam a intervenção e o médico, ainda assim, voltou a explicar com mais detalhe para ter a certeza de que o doente estava devidamente esclarecido.

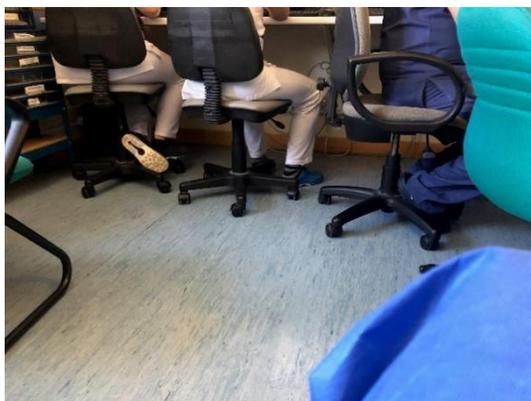
(excertos dos diários de campo, 30 de julho de 2019, Hospital do Grupo II)

A escassez do número de camas de cirurgia é uma dificuldade encontrada na maior parte dos serviços de internamento dos hospitais públicos. As enfermarias de cirurgia geral têm visto as suas camas serem cedidas ‘por empréstimo’ a outros serviços, ora para

rentabilizá-los⁵⁴, ora por necessidades de ordem sazonal⁵⁵ ou de catástrofe (*i.e.*, COVID-19). A cedência de camas não implica, contudo, que estas mudem de sítio, o que provoca obrigatoriamente uma alteração substancial nas rotinas de trabalho: os enfermeiros e os médicos das outras especialidades às quais foram cedidas camas passam a visitar, também eles, o internamento da cirurgia geral, retirando espaço aos profissionais deste serviço. Os espaços de trabalho são assim recriados, no âmbito da negociação permanente relevada por Strauss e discutida no capítulo II.

Após a visita aos doentes, o cirurgião vai para a sala de computadores partilhada entre médicos e enfermeiros, a qual pertence à enfermaria. Aqui, a interação entre médicos e enfermeiros é contínua e a comunicação flui, sobretudo quando se trata de falar de doentes. Enfermeiros e médicos falam uma mesma linguagem, embora desempenhando tarefas diferentes. As preocupações são comuns e há uma cortesia no diálogo entre todos que evidencia o que se designa por trabalho de equipa.

Figura 15 - *Espaço de registos*

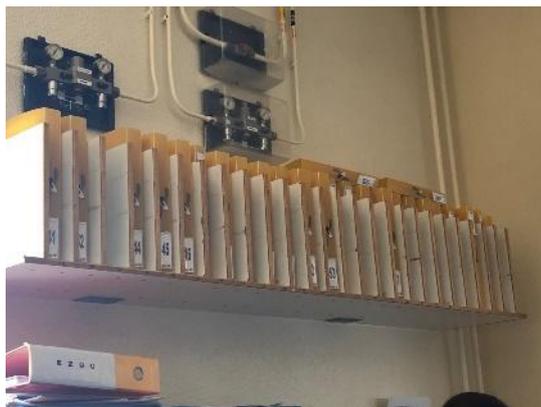


Fonte: *trabalho de campo da autora*

Figura 16 - *Dossiers de enfermagem*

⁵⁴ Quanto maior a rotatividade das camas, maior a rentabilidade dos serviços. Neste caso específico, o serviço de cirurgia cede as suas camas, por imposição superior, a serviços de maior rentabilidade para o hospital, como a oftalmologia e a ortopedia.

⁵⁵ No inverno, por consequência do elevado número de gripes, as camas de cirurgia geral são temporariamente cedidas a especialidades como a medicina interna.



Fonte: *trabalho de campo da autora*

Os relatórios médicos são executados no programa ‘SClínico’, um dos múltiplos programas informáticos de que o hospital dispõe para registar consultas, urgências e cirurgias. Esta é, aliás, uma lacuna muito acentuada pelos médicos no decurso desta pesquisa: a existência de múltiplos programas informáticos, para os quais não existiu formação, expressa-se numa perda de tempo diária para a atualização dos registos dos doentes. “Tudo é política e dinheiro”, afirma o cirurgião quando questionado sobre a razão pela qual há diferentes programas, enquanto esfrega polegar e indicador da mão esquerda um no outro, e relata que há vários negócios implícitos para se terem múltiplos programas. Um programa como o *ALERT*, utilizado no serviço de urgência, custa um milhão de euros ao hospital. Não obstante, o programa não permite licenças para consultas, pelo que tem de se comprar o ‘SClínico’, o qual, por seu turno, também não aceita exames, pelo que há que adquirir outro e assim sucessivamente. A ‘formação’ é-lhes dada através de um *link*, o que implica que deixem de ver e operar doentes, ou então que fiquem a aprender fora das horas de trabalho. O que se faz de formação informática no hospital é por voluntariado, ou seja, se algum dos profissionais de saúde tem um conhecimento mais profundo numa área qualquer, organiza uma sessão para partilhar com os colegas e outros profissionais, e só assim vai existindo formação. O excerto abaixo ilustra as dificuldades dos sistemas informáticos e as consequências na gestão do tempo (no caso específico das urgências) e da gestão das listas de espera:

O médico carrega insistentemente no teclado anexo ao computador, mas o programa não responde. Informa que está a tentar fazer a marcação da próxima consulta da menina, mas o programa bloqueia e não permite o agendamento. A multiplicidade de programas prejudica a fluência da comunicação entre especialidades e não é possível efetuar-lhe a consulta de gastro.

Terá de ir falar com a colega gastroenterologista para que possa fazê-lo. O médico orienta a mãe e termina a consulta dando alta à miúda, que parece agora um pouco mais aliviada. Mãe e filha saem, agradecendo a disponibilidade e o esforço do médico, que lhes sorri. Este sai para ir à sala de urgência chamar pelo próximo doente que lhe aparece na listagem de um dos programas informáticos e demora algum tempo até que lhe respondam. Um senhor de cerca de cinquenta anos levanta-se a custo, cambaleante, e acusa-se pelo nome. Segue o médico com uma mão junto à braguilha. “Venha comigo”, ordena o cirurgião. O homem obedece, mas quando chegam à sala onde estavam a mãe e a menina, esta já estava ocupada por outro médico de urgência com outro doente.

- Não tenho onde trabalhar... - conclui, irritado.

Finalmente, consegue uma sala vazia, depois de abrir algumas portas ao longo do corredor. Este doente tem um hidrocelo doloroso para operar, mas não é uma emergência. Tem de ir para a lista da consulta, que o especialista investiga cuidadosamente no programa das consultas. Só consegue consulta para dentro de um mês. Tem a consulta cheia até setembro, não consegue fazer melhor pelo doente. O doente fica exasperado. Acha que não consegue aguentar viver com a dor até lá. O hidrocelo é um inchaço no testículo – uma bola gigante com aspeto inflamado que quadruplica o tamanho do outro testículo e que lhe provoca mal-estar e dor. Apesar das queixas do paciente, o médico confessa que não tem como ultrapassar a lista de espera para a sua consulta e pede-lhe que aguarde com alguns cuidados que lhe prescreve, associados a uma medicação”.

(excertos dos diários de campo, 30 de julho de 2019, Hospital do Grupo II)

É a partir deste programa que o cirurgião dá início à marcação de consultas para os doentes que recebem alta. Sobre o processo de altas, Fox (1999, pp.18-19) realça que a interação médico-doente é enquadrada como se o doente não tivesse voz ativa: o cirurgião afirma a sua autoridade no controlo desta interação, através da sua capacidade de efetuar julgamentos sobre a alta e na gestão do tempo da estadia do doente no hospital, deixando pouco espaço de negociação. No hospital onde realizamos esta ação, as consultas são marcadas para daí a dois meses, apesar de o protocolo determinar que elas sejam realizadas 30 dias após a alta, mas não há agenda possível para esse tempo, pois o programa de consulta externa está sobrelotado. Dos registos em computador, imprimem-se os documentos para entregar a cada doente: o da consulta marcada, o da receita e o da guia de tratamento.

Os doentes também podem ser enviados pelo serviço de urgência para o espaço do internamento, se o cirurgião assim autorizar. Aí, há uma sala de tratamentos, equipada com marquesa, consumíveis e produtos farmacêuticos, que serve o propósito de revisão

de doentes do internamento, e evita que o médico tenha de atravessar quase metade do hospital para chegar à urgência.

Os atrasos nos exames complementares que os médicos de urgência prescrevem para serem feitos dentro dos vários serviços do hospital, e que devem ter respostas rápidas, constituem outro motivo de fricção entre os grupos profissionais. Os médicos e os enfermeiros afundam-se num vaivém de doentes e de processos que não se concluem, o que justifica a maior azáfama encontrada neste serviço. Na urgência, as consultas e os processos de triagem são curtos e carecem de espaços individuais. Em dias e horas de maior agitação, os médicos procuram salas vazias para observarem os doentes e nem sempre têm sucesso. O facto de não haver uma sala por médico, conjugado com a impossibilidade de manter dois doentes em observação numa mesma sala, aumenta os tempos de espera. Mesmo assim, há lugar para a improvisação: algumas das salas dividem-se em duas por placas de *pladur*, para se encontrar o espaço necessário à privacidade do ato.

Figura 17 - *Gabinete de urgência*



Fonte: *trabalho de campo da autora*

As horas passam-se numa interminável sucessão de doentes, com admissão, consulta, espera, internamento ou bloco operatório, consoante a decisão médica. Porém, os processos que ficaram por encerrar e as altas por dar não podem manter-se para o turno seguinte. Entre urgência e internamento, num período de 12 horas, um cirurgião percorre

a pé, no interior do hospital, cerca de 4 quilómetros, o que representa uma exigência física enorme. Por vezes, os cirurgiões ainda operam toda a noite depois de um dia agitado. E não podem acabar o seu período de trabalho sem determinar o procedimento seguinte dos doentes. Mas os cirurgiões gerais não observam e diagnosticam apenas os doentes tradicionalmente afetos à sua especialização, e que lhes chegam via triagem; neste hospital, não existe cirurgia pediátrica, pelo que é dada aos cirurgiões gerais a responsabilidade de operar crianças. E também são chamados para eliminar todas as hipóteses de cirurgia e para que os pediatras tenham uma salvaguarda, caso aconteça algum problema com um doente infantil. Este cirurgião foi chamado pela colega pediatra para ver um menino que não tinha mais do que uma amigdalite – um problema médico, não cirúrgico.

O chefe de equipa de urgência tem a responsabilidade de autorizar os internamentos, enquanto os enfermeiros do internamento aguardam para que possam tratar das camas para os doentes em espera. Distribuem-se nomes de doentes, números de cama a ocupar, num ruído imparável de teclas a bater. Médicos e enfermeiros pouco comunicam entre si, dado o processo burocrático formal característico da tarefa. Os ficheiros informáticos têm de ser completados, senão os programas não permitem o internamento. Pela observação, podemos concluir que o tempo que os médicos passam a introduzir dados nos computadores é superior ao tempo que passam diretamente com os doentes. Outra característica que importa realçar a respeito da urgência, e que também não se enquadra nos parâmetros de formação de um médico, é o facto de os cirurgiões falarem em inglês, francês e espanhol com turistas ou residentes locais estrangeiros, de modo a entenderem as suas queixas e a fazerem-se entender. Estes exemplos realçam a adaptabilidade deste grupo às circunstâncias e à mudança da organização do trabalho, tal como noutros contextos que adiante serão apresentados, o que não impede a expressão de uma certa frustração, principalmente resultante do trabalho burocrático que antes era executado com o apoio de administrativos afetos à função. Esta frustração é apenas ultrapassada pela sensação de gratidão que lhes é oferecida pelos doentes que tratam e que conseguem curar.

Figura 18 - *Sala de observação*



Fonte: *trabalho de campo da autora*

III.5 – O doente: O caso da Senhora Maria

Depois de quase uma hora de espera num *hall* cuja meia dúzia de cadeiras disponíveis não cobre as necessidades de quem está à espera de autorização para visitar os seus familiares, fazer um exame ou ir a uma consulta médica, é possível entrar no hospital. O elevador está cheio de visitas, pois está na hora delas.

Na receção do bloco, a secretária abre a porta do vestiário com um comando à distância que permite a abertura da porta elétrica que impede a entrada de qualquer estranho numa área tão reservada. Seguem-se os procedimentos habituais de entrada num recinto asséptico.

Figura 19 - *Desinfetante*



Fonte: *trabalho de campo da autora*

Um corredor divide a área de gabinetes e receção da área das salas e *transfers* de doentes. Na sala dos médicos estão dois médicos a escrever em computadores, cada qual no seu.

Logo na passagem para o corredor, encontro a cirurgiã, que vinha à minha procura. Cumprimentamo-nos afavelmente e ela explica que era muito bom podermos fazer este trabalho de acompanhamento ao seu dia-a-dia, porque é preciso que as pessoas entendam o que se passa nos hospitais. Há uma ‘grande consulta’ (ela refere-se à quantidade de doentes que tem em espera na consulta externa) durante a tarde e precisamos de descer dentro em breve, pois está quase na hora de começar. Apesar de ser

suposto trabalharmos hoje juntas em ambiente de cirurgia, ou seja, no bloco, os planos foram todos alterados e ela não vai estar a operar com o colega, mas sim a dar consulta. A médica está um pouco desapontada com a forma como a sua instituição a trata, enquanto profissional, e como alguns doentes, tanto de cirurgia como de consulta, são constantemente adiados.

À medida que vamos caminhando entre o bloco e a consulta, a cirurgiã comenta que vive “as dores dos seus doentes”, empatizando com o seu sofrimento. Por isso escolheu ser médica, realça. Diz-me que não mude a farda. Irei, assim, com ela à consulta. Entro num consultório muito pequeno, estreito, com uma secretária, um computador, a cadeira da médica, a cadeira do doente, um banco velho de madeira e um minúsculo lavatório de mãos. No fundo, uma pequena janela por onde entra luz direta.

Uma doente de quase setenta anos, a senhora Maria, com cerca de um metro e quarenta de altura e uma barriga proeminente, entra no consultório após a chamada, acompanhada do seu sobrinho-neto, um jovem com pouco mais de vinte anos. A senhora é desproporcional: é magra, baixa, mas com o ventre saliente, de forma que parece que a qualquer momento pode desequilibrar-se e cair sobre ele. Vem referenciada por um hospital distrital, que pertence a um Centro Hospitalar da sua área de residência, a mais de duzentos quilómetros de distância do hospital onde nos encontramos. Nenhum dos hospitais quer assumir o custo da intervenção e o de origem parece querer evitar o risco da sua cirurgia. A senhora explica as voltas que deu: já foi intervencionada diversas vezes, tendo estado quase a morrer numa delas, num dos mais conceituados hospitais de Lisboa. Já havia passado por vários hospitais públicos e privados e ninguém queria tratar a sua hérnia complexa e arriscar mais uma cirurgia com tamanha dificuldade técnica. O que tem é uma hérnia (eventração) gigante: as vísceras do saco herniário estão em contacto com a pele da parede abdominal, sendo possível observar os movimentos de ondulação dos intestinos projetados no seu muito proeminente abdómen. A cirurgiã está a ler praticamente todo o processo em voz alta. Já tinha feito, segundo o processo, uma primeira consulta a esta doente a 12 de março. A quantidade de cirurgias e exames feitos à senhora Maria já deveria ter conduzido a uma reparação definitiva. A doente vai-se queixando do seu estado físico e psicológico, e, de quando em vez, o sobrinho interrompe com uma ou outra confirmação do mal-estar da tia. Ao mesmo tempo, a cirurgiã tenta

acalmá-la, contando-lhe histórias de sucesso de outros pacientes que estavam em igual ou pior situação, e que se conseguiram resolver. Mas a mulher insiste que se sente em baixo, que perdeu a fé e que já não tem mais forças para lutar; que ouviu o nome da cirurgiã e que no seu hospital de área lhe foi dito que o caso só poderia ser resolvido por ela. Como tal, pediu a consulta. Acontece que este hospital recebe muitos pedidos como este e o tipo de cirurgia envolve vários passos e torna-se muito dispendioso. Para além disso, a lista de espera para doentes classificados como ‘prioritários’ é de sessenta dias e o último que estava na lista foi operado aos quinhentos dias de espera, o que a especialista explica como sendo o maior problema a resolver neste caso particular. A senhora expira, exausta, e diz que não consegue continuar a viver naquela circunstância; que outro dia caiu porque se desequilibrou com o peso da barriga, apesar de vestir mais do que uma cinta de contenção, mas o peso da barriga é demasiado para a sua estatura:

- *Pois... a saúde pública é muito lenta... então temos de recorrer aos particulares...* - desabafa a senhora, assinalando que nem assim encontrara solução, pois nenhum cirurgião lhe quis pegar.

A cirurgiã empatiza com as queixas da doente e procura sossegá-la e animá-la, acrescentando ao seu discurso outros casos de difícil solução, para além dos que já lhe tinha contado, e que resultaram em cirurgias de sucesso, tendo os doentes recuperado a sua qualidade de vida. Ainda absorvida pela escrita no computador, transcreve toda a informação dos exames feitos em instituições particulares para o ‘SCLínico’ para assim poder ter mais dados, de forma a escolher a melhor abordagem cirúrgica. Tudo começara com uma cirurgia ao hiato num hospital privado, depois uma cirurgia gástrica no público e depois de várias tentativas fracassadas de corrigir esta eventração...

- *Nunca fiquei bem depois da hérnia do hiato...* - explica a senhora, devastada. Conta a história dos sucessivos vales cirúrgicos que o hospital público de Lisboa lhe enviou para recurso ao setor privado, hospitais que lhe recusaram a cirurgia pela inerente complexidade e pelo tempo de espera entre respostas desses hospitais, reforçando: “*Ninguém me pega no privado.*”

A médica anui e diz que vai classificar o processo da doente como “muito prioritário”, e explica-lhe a abordagem cirúrgica que pretende realizar. A doente rejuvenesce com uma expressão de alívio. Apesar de a médica não lhe dar garantias em

termos temporais, dadas as dificuldades de cariz gestonário que o hospital atravessa, consegue fazê-la acreditar na possibilidade de uma resolução. O espaço estreito daquele consultório, equipado com uma marquesa velha encostada à parede, cadeiras velhas e um banco gasto, um estreito lavatório, uma mesa metálica carregada de luvas descartáveis, compressas, seringas, desinfetantes e agulhas, abriu horizontes de esperança para a senhora Maria. Depois de muito ‘teclar’, a médica dá ordem de impressão ao consentimento informado para cirurgia em nome da doente que, sem pestanejar, assina. O programa informático está lento, há múltiplos campos a preencher para aceitar a inscrição, e quando o sistema, finalmente, dá o *ok*, depois de tudo preenchido, a médica recebe a informação de que não existe código aberto para este tipo de procedimento, o que a obriga a procurar outra alternativa na codificação da cirurgia.

- *Já está inscrita no SIGIC!* – exclama, ao fim de inúmeras tentativas frustradas de inscrição da doente no sistema informático.

Quarenta e cinco minutos mais tarde (e não quinze, como protocolado pela gestão), a consulta termina com a palpação da barriga (parede abdominal) da doente e uma última mensagem de esperança, que fazem sobrinho e tia sair do minúsculo consultório com gigantescos sorrisos nos lábios.

III.5.1 – O trajeto da Senhora Maria

A senhora Maria não tinha marido nem filhos. Era um sobrinho que a acompanhava nas várias consultas e exames em todos os hospitais por onde passou a partir do incidente com a cirurgia gástrica em 2017, e que não foram assim tão poucos. Do hospital da sua residência, onde chegou a ser inicialmente operada, já tinha sido transferida para um hospital central de Lisboa e para um outro de um grande grupo privado, onde lhe disseram que o seu caso não tinha solução. Agora, e por indicação da cirurgiã que a viu a última vez no hospital da sua área de residência, acabara por ser transferida para um hospital ULS, para um centro de referência que, na realidade, não tem ainda o carimbo de aprovação do Ministério da Saúde para ser um Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), de modo a poder auferir dos benefícios que os

homologados auferem⁵⁶. Foi por esse motivo que a senhora Maria foi referenciada pela sua jovem médica, não só por esta reconhecer a *expertise* da colega, mas também por ter reconhecido que, a nível nacional, não existiam suficientes cirurgiões com experiência adequada a este tipo de casos, que fossem capazes de solucionar esta complexidade com eficácia.

Depois de a consulta atrás descrita ter culminado numa solicitação de urgência cirúrgica, finalmente, a 3 de outubro, a senhora Maria é internada no hospital, distante da sua terra e do hospital de origem, para onde se deslocou acompanhada pelos seus sobrinhos numa tépida manhã de outono para tratamento de uma “hérnia ventral complexa com perda de domicílio”, ou seja, uma hérnia caracterizada pela saída crónica do conteúdo intestinal da cavidade abdominal profunda para o saco herniário projetado sob a pele.

O plano cirúrgico foi elaborado pela cirurgiã, que conta com mais de uma década de procedimentos similares e é reconhecida pelos seus pares da Europa e Estados Unidos, mesmo levando em linha de conta que Portugal é um país pouco reconhecido em áreas cirúrgicas de exigência superior, não somente por ser pequeno e, portanto, ter um número de cirurgias menor, mas também porque não lhe é atribuída nem reconhecida tradição na investigação e na publicação de artigos científicos. Esta é uma cirurgiã muito experiente nesta área de tratamento e que oferece o seu contacto pessoal aos doentes para poder segui-los com a proximidade que estes desejam e que ela considera necessária para assegurar o êxito das cirurgias. A médica reconheceu a ‘sofisticação’ da doença da sua nova paciente, por todo o histórico a que tinha tido acesso e pela multiplicidade de cirurgias prévias.

Ora, no dia 3 de outubro de 2019, a cirurgiã levou a doente ao bloco central do seu hospital para realizar uma cirurgia baseada numa injeção de toxina botulínica, guiada por ecografia musculatura da parede abdominal. A médica colocou-lhe um cateter *pigtail*

⁵⁶ Benesses que passam, entre outras, pela autonomia do médico responsável relativamente à sua hierarquia (uma vez que este passa a reportar apenas à administração do seu hospital e não ao seu diretor de serviço), pela criação de uma equipa exclusiva para o tratamento da patologia e por um conjunto de incentivos económicos que aliciam os elementos dessa mesma equipa a fazerem parte do projeto nos termos e regras que diferenciam a tarefa. Apesar de este hospital não ter esta característica, um grupo de cirurgiões adquiriu o estatuto entre os seus pares de ‘especializados no tratamento da parede abdominal complexa’.

intraperitoneal sub-hepático para atingir um pneumoperitoneo progressivo. Em linguagem simplificada, isto significa que a cirurgiã optou por operar a senhora Maria em dois tempos: num primeiro momento, prepararia o seu abdómen com uma injeção de *botox* - para lhe criar elasticidade suficiente durante as quatro a seis semanas seguintes -, e, no segundo momento, trataria a hérnia e fecharia as camadas de tecido abertas, implantando uma prótese de características adequadas à condição da doente, para a reparação final. A aquisição da prótese foi complicada. O gestor da área cirúrgica é sempre consultado para aprovar (ou não) orçamentos de cariz elevado e não concursados. À medida que vão surgindo tecnologias inovadoras, os hospitais públicos, numa primeira fase, não têm justificação legal (de concurso público) nem orçamento previamente aprovado para a sua introdução. Os processos são lentos, chegando a demorar anos – tempo suficiente, por vezes, para essa nova tecnologia ser substituída por outra –, e o número de pessoas envolvidas nestes processos, bem como o tempo de passagem de informação entre umas e outras até à sua conclusão resultam, não raras vezes, no desespero do cirurgião que pede o material para tratar o doente e, não raras vezes também, no cancelamento de cirurgias por ausência de um recurso material que o cirurgião considera imprescindível. Este fator é o mais preocupante para os cirurgiões, não só porque veem frustrada a sua tentativa de curar uma doença, mas também porque o tempo de remarcação de uma nova cirurgia após um cancelamento pode determinar a perda de qualidade de vida do paciente, o aumento do grau de dificuldade na cirurgia adiada e até a morte do doente. No caso da senhora Maria, a obtenção das autorizações hierárquicas necessárias foi morosa, mas não se chegou ao ponto de cancelamento. O internamento entre a primeira e a segunda cirurgia prolongou-se acima do que seria esperado. A médica manteve um contacto muito próximo tanto com a doente como com a sua família, que, mesmo à distância, insistia num contacto diário. Não houve história clínica que estivesse mais presente na vida desta especialista durante o mês e meio que se seguiu.

Treze dias depois da injeção do *botox*, e ainda no serviço de internamento cirúrgico, a senhora Maria sofreu um episódio de dor torácica, cujo estudo complementar destacou uma herniação gástrica torácica (herniação do saco herniário abdominal para dentro do tórax), episódio relevante que cedeu aos efeitos da “otimização da analgesia e terapêutica procinética”, segundo explicou a cirurgiã. No dia 17 de outubro, foi-lhe colocado um outro cateter intraperitoneal e retirado o cateter anterior. E, a partir do dia

29, foram-lhe instilados 100 mililitros de ar por dia na cavidade abdominal. Quase um mês depois, foi feito um último TAC (Tomografia Axial Computorizada), que confirmou uma hérnia volumosa, muito acima dos valores médios das hérnias ventrais. Finalmente, a 14 de novembro, a senhora Maria foi ao bloco para fazer a correção cirúrgica da sua hérnia complexa. A cirurgiã utilizou uma técnica mundialmente reconhecida para uma correção com esta complexidade. A cirurgia resultou bem, apesar de se lhe ter associado uma apendicectomia incidental que conduziu à introdução de uma sonda para descompressão. A pressão intra-abdominal tornou-se preocupante e resultou num “Risco de Síndrome Quaternário”, com probabilidade de acontecer nas doze a dezassete horas seguintes.

No pós-operatório imediato, a senhora Maria foi conduzida para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e, nos dias seguintes, verificou-se uma má evolução clínica, que conduziu a uma nova abertura abdominal para descomprimir o abdómen, mas na madrugada seguinte verificou-se uma piora acentuada. Nessa manhã, a cirurgiã enviou-me a mensagem: “Tristeza por todo o esforço, seguido tantos passos, ter ficado tão perfeito... e agora desfazer tudo e o risco de morrer...”.

O falecimento da senhora Maria veio a acontecer às 15:35h do dia 18 de novembro de 2019. Como qualquer doente, a senhora Maria tinha uma família. Segundo a médica, a família, em sofrimento pela inesperada perda⁵⁷, agradeceu todo o esforço da cirurgiã e todo o desempenho, que “tinha sido o melhor possível”. No dia em que se cumpriu um ano sobre a sua morte, a cirurgiã ligou à família, em memória da doente, o que sensibilizou Tiago e Beatriz⁵⁸, sobrinho-neto e sobrinha da senhora Maria, que em todos os momentos se mostraram agradecidos pelo facto de a médica ter dado o seu melhor na tentativa de recuperação da tia, depois de todo o desgaste na corrida entre hospitais.

Os familiares não conseguem esconder a emoção ao falarem do caso da tia, deixando escapar uma ou outra lágrima enquanto relatam o que viveram em família e a importância que a cirurgiã teve na vida de todos naquele curto período de três meses de relacionamento. Relata que os vales cirúrgicos da senhora Maria iam para pequenos

⁵⁷ Mais tarde, quando entrevistado, o sobrinho explicou que a paciente estava de tal forma crente na cirurgiã que convenceu toda a família de que a mesma seria um sucesso e ela iria sobreviver.

⁵⁸ Todos os nomes usados são falsos por questões de preservação do anonimato.

hospitais privados que não tinham profissionais com a capacidade técnica de realizar a cirurgia, dada a sua complexidade, e também pela ausência de cuidados intensivos, o que levava a família a questionar as razões pelas quais o hospital público encaminhava a tia para instituições sem condições adequadas à sua cura.

Numa circunstância problemática como a da senhora Maria, é necessário envolver os doentes na tomada de decisão. A sua participação é importante para que o doente encare as alternativas possíveis (Strauss *et al.*, 2017), como comprovamos ter acontecido - o que não evitou o desfecho crítico. Serra (2008, p.513.) constata que os cirurgiões, em particular, ousam ir mais além, mesmo em situações de incerteza; vivem circunstâncias de enorme emocionalidade e tendem a equacionar a sobrevivência do doente como ‘sucesso’ e a morte como ‘falhanço’, “mesmo em circunstâncias em que nada mais pode ser feito pelo doente, como se fosse possível perpetuar a vida para sempre e como se os médicos pudessem ser sempre incapazes de evitar a morte”.

CAPÍTULO IV – DAS BOAS E DAS MÁS PRÁTICAS

“Como é que alguém que comete um erro deste calibre pode estar autorizado a praticar medicina? Dizemos que estes médicos são ‘incompetentes’, ‘negligentes’ e que ‘não têm ética’. Queremos vê-los punidos. E assim entramos em guerra com o sistema público que temos para lidar com os erros: processos por negligência médica, escândalos nos meios de comunicação social, suspensões, despedimentos. Existe, contudo, uma verdade na medicina que complica este ideal livre de ações indignas e maus procedimentos: todos os médicos cometem erros terríveis.”

(Atul Gawande: “Ser Bom não Chega”)

IV.1 – Ética, Deontologia e Medicina

A profissão médica encaixa-se nos postulados de Weber (2001, p.46) da valorização do trabalho enquanto vocação profissional, sendo norteadada por um conjunto de normas e estando enquadrada numa ‘ética’ em que não se inserem, contrariamente ao que acontece com o capitalismo burguês, a sede do lucro ou a “absoluta falta de escrúpulos própria do egoísmo interesseiro voltado para o ganho”. A medicina, de um modo geral, orienta-se por uma ‘ética protestante’, mais do que por um espírito de estrita economia. Na ótica do autor, o protestante concebia o sucesso numa profissão como um sinal de eleição divina. A ideia de Beruf encara a vocação como uma tarefa imposta por Deus, que considera o cumprimento do dever no quadro da atividade temporal como a “ação moral mais elevada” (*id.*, p.61), num mundo de deveres que decorrem do lugar do indivíduo na sociedade e que se tornam, assim, a sua vocação.

Uma das bases da medicina é a orientação ética e a obediência ao código imposto pela deontologia médica, mas nenhum indivíduo nasce com excelência ética: ele é constituído de tal modo que pode, “através de um processo de habituação, acolhê-la e aperfeiçoá-la” (Aristóteles, 2015; p.47). Aristóteles estabelece este conceito de ético (*ethos* – enquanto caráter) aliado à felicidade, à virtude e à excelência. Para o filósofo, a excelência ética, enquanto virtude, manifesta-se relativamente a outrem; cultiva-se, é constituída pelos prazeres e pelos sofrimentos, e pode ser destruída ou elevada pelas ações

que a originam. O seu horizonte de atuação é o mesmo do das afeções 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” (*id.*, pp.117-120). O código deontológico da Ordem dos Médicos – cujo âmbito consiste num conjunto de regras éticas orientadoras do exercício da atividade médica – refere, nos seus princípios gerais de conduta ética, deveres que se encaixam nos pressupostos acima revisitados, tais como o exercício da profissão médica de acordo com as *leges artis* com respeito pelo direito à saúde e pela vida humana e a abstenção de práticas que criem falsas necessidades de consumo, procurando a maior eficácia e eficiência na gestão rigorosa dos recursos existentes⁵⁹.

Na perspetiva kantiana, estes seriam princípios racionais de uma conduta moral aplicável a qualquer ser humano; para Weber, representariam um exemplo perfeito de uma ética protestante; e, para Aristóteles, a razão de uma excelência ética. É sobre este postulado que o capítulo IV se desenvolve: a vocação médica, a sua orientação ética e o que consubstancia as boas e as más práticas médicas, bem como os fatores externos que as influenciam. A partir das conclusões demarcadas por Piedade Silva e Martins de Sousa (2021, p. 27) de que os cirurgiões-gerais, apesar das diferentes pressões sentidas, mantêm os seus princípios éticos e a deontologia da sua profissão, as entrevistas realizadas e o inquérito *online* enviado através do Colégio de Cirurgia, constituem uma sólida base de discussão analítica para aferir a relação sobre as implicações éticas nas práticas médicas na presença de diversos tipos de escassez de recursos. A tabela 2 representa a dimensão e os indicadores utilizados na pesquisa por questionário e nas entrevistas:

⁵⁹ *Vd.* Diário da República, 2.^a série — N.º 139 — 21 de julho de 2016.

Tabela 2 - Implicações Éticas nas práticas médicas

DIMENSÃO	INDICADORES
<p>As implicações éticas em casos de exceção e se os cirurgiões optam por exercer o seu direito de objeção de consciência</p>	<p>Em alguma circunstância, motivada por uma imposição de contenção de custos para o tratamento de um doente que conflituasse com a sua consciência, exerceu o seu direito de objetor de consciência?</p>
	<p>Em caso de ter respondido SIM à pergunta anterior: Teve alguma repercussão pessoal ou profissional por ter exercido o seu direito?</p>
	<p>Já comunicou à Ordem dos Médicos alguma improbidade, incompetência ou infração de regras deontológicas por parte de algum colega?</p>
	<p>Em caso de ter respondido NÃO à pergunta anterior, assinale o(s) motivo(s) pelos quais não comunicou.</p>
	<p>Já realizou alguma cirurgia que não fosse o melhor tratamento, dada a especificidade de um doente, por ausência de recursos materiais?</p>
	<p>Na sua opinião, as restrições económicas conflituam com o princípio de isenção e liberdade profissional na sua atividade?</p>
	<p>Considera que os condicionalismos económicos lhe cerceiam a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com as <i>leges artis</i>?</p>

IV.1.1 – Da ética e da moral

“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)

Para Kant (2019, p.157), a virtude, que representa o mérito de ser feliz é a condição suprema da busca da felicidade, portanto, do ‘bem supremo’, não o sendo, contudo, no julgamento de seres racionais finitos; para sê-lo, a virtude deveria ser considerada como fim em si. Ainda que o bem supremo possa ser todo o ‘objeto’ de uma

vontade pura, não deve ser olhado como o seu princípio determinante, pois só a lei moral – princípio determinante da vontade pura – pode considerar-se a causa que a determina a fazer daquele o seu objeto. Como a lei moral já está incluída no conceito do bem soberano, é esta que determina a vontade pura, segundo o princípio da autonomia (*id.*, p.156). É a moral que determina como o ser humano se torna digno da felicidade, pelo que todo o mérito cabe à condição racional da conduta moral. Para o filósofo, a sabedoria consiste no conhecimento do bem supremo e soberano, não simplesmente fundado na bondade, mas na conformidade da vontade com a prática do ‘bem’, cuja maior beneficência só traz honra ao ser humano quando exercida com mérito. Kant remata este postulado de um modo que justifica os princípios da ética e da deontologia médica:

“Que, na ordem dos fins, o homem (e, com ele, todo o ser racional) seja ‘fim em si mesmo’, isto é, que não possa jamais ser utilizado por alguém (nem sequer por Deus) simplesmente como meio, sem ao mesmo tempo ser ele próprio um fim; que, por conseguinte, a ‘humanidade’ deva ser para nós próprios ‘sagrada’ na nossa pessoa, eis o que decorre de si mesmo, porque o homem é o ‘sujeito da lei moral’, por conseguinte, daquilo que é santo em si e em virtude do qual, e também em consonância com o mesmo em geral, unicamente algo se pode chamar santo. Efetivamente, esta lei moral funde-se na autonomia da sua vontade enquanto vontade livre, a qual, segundo as suas leis gerais, deve simultaneamente, de modo necessário, poder ‘harmonizar-se’ com aquilo a que deve ‘submeter-se’.”

(*ibid.*, p.184)

Arnold e 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. Por seu turno, 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: 1.º, se deve agir de modo a que a ação se transforme numa lei universal; e 2.º, que a humanidade seja usada como um fim (respeitando o seu livre arbítrio) e nunca simplesmente como um meio, como se apurou pelas palavras de Kant. Neves (2016) corrobora o autor 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 ainda 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 serem bons 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-doente e o seu bem-estar individual (Neves, 2016). DeCamp *et al.* (2018) rematam que, apesar da importância suprema dos médicos na defesa da 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 doentes individuais, pelo que os programas de saúde pública devem ser desenhados em função dos compromissos éticos de base.

A propósito desta diferenciação entre a ética de saúde pública e a ética clínica, alguns testemunhos recolhidos na fase inicial da pandemia, em março de 2020, ilustram as implicações da utilização massificada de todos os recursos físicos, materiais e humanos para o combate ao vírus, em detrimento do tratamento dos doentes cirúrgicos programados ou em espera. O cumprimento do dever ético de tratar o doente, assegurando o seu melhor interesse, entrou em conflito com a obrigação ética da saúde pública. Esta não foi, aliás, uma escolha médica, mas sim do poder político. O *locus* da tomada de decisão deixou de ser a relação médico-doente e o bem-estar de cada doente cirúrgico, como podemos perceber pelo excerto abaixo transcrito:

Neste momento, é mesmo a falta de condições! E de se ter criado um serviço para COVID – é um andar inteiro para COVID, que é o nosso! E nós saímos do nosso sítio – puseram-nos lá numa arrecadação na fisioterapia e não temos casa de banho, não temos balneário... [quando questionada sobre se as novas condições interferem no bom tratamento dos doentes cirúrgicos]: Claro que interfere! Nós estamos numa enfermaria de gastro... ontem não havia carro de pensos, não havia Betadine à mão, não havia morfina, não havia soro de irrigação...! Estamos numa enfermaria onde se faz um penso por ano... e os enfermeiros não estão preparados, e nós sugerimos que os nossos enfermeiros mais especializados – as enfermeiras fisioterapeutas, as enfermeiras de

reabilitação, as enfermeiras que têm os... que fazem os pensos e que, ao fim e ao cabo, nos aconselham e nos dizem como é que nós temos de fazer os pensos – essas enfermeiras ficaram pra tratar disto! E os nossos doentes urgentes, um doente... com uma colostomia de urgência, que estava em gastro, outra que estava em ginecologia... outra que estava na ortopedia... não têm os cuidados de penso que deveriam ter! Não estão a ter, não... né? Isto parece um cenário de guerra, quando isto não é guerra nenhuma, não é? Eles querem nos fazer crer que é tudo muito urgente e que temos de nos preparar para uma guerra...mas qual guerra? Isto é saúde, não é guerra!

(AM200320)

De um modo geral, os cirurgiões referem que constrangimentos externos, como a COVID-19, implicam nas boas práticas. A título de exemplo, nas entrevistas recolhidas, os cirurgiões afirmam recorrentemente que os doentes oncológicos deixaram de ser tratados num adiamento por tempo indefinido por ausência de tempos operatórios ou camas de cuidados intensivos (ocupadas pelos infetados por COVID). Note-se uma consciência, partilhada pela comunidade de cirurgiões, de que a doença interferiu na capacidade que os serviços tinham de dar resposta à quantidade de doentes a tratar. Com os constantes adiamentos das cirurgias, e atrasos de resposta de serviços de diagnóstico, como a imagiologia, a lista de espera aumentou de forma significativa. Outros doentes, salientam os cirurgiões, acabaram por morrer por ausência de métodos de estadiamento de outras doenças. Grosso modo, os cirurgiões sublinham uma desorganização generalizada que confundiu os doentes que medicamente se dividiam em dois grupos: os com e os sem sintomas respiratórios, sendo que um ou outro grupo podiam conter doentes que tivessem ou não o vírus. Nestes grupos não foram explorados outros fatores de doença que podiam ser mais emergentes, como queixas de dor abdominal que podiam resultar numa avaliação tardia em termos de solução cirúrgica. Os hábitos dos médicos de especialidades médicas não coincidem sempre com os hábitos dos médicos-cirurgiões: os primeiros não são peritos em palpar barrigas e os segundos não conseguem avaliar clinicamente o doente sem o fazer. O designado ‘poder de invenção’ ou de ‘desenrasque’ dos cirurgiões nunca foi tão verdadeiro como neste enquadramento pandémico: o engenho e a vontade de resolver problemas resultou num esforço conjunto de tratar o melhor possível a maior parte de doentes que os cirurgiões conseguiram, embora sem todas as condições necessárias para um justo tratamento.

Nós, numa situação destas, temos de usar o nosso poder de invenção... hummm... usando um termo muito português, que é o 'desenrasque'. Ahmmmm.... porque se, de facto, o que se está a fazer (...) ahmmmm, penso eu que é muito do engenho e da vontade de resolver os problemas que os profissionais têm, muito mais do que todas as outras condições que nos tenham sido dadas!

(AS170320)

Não obstante a importância da ética clínica, alguns autores relevam a importância de uma ética de maior proximidade que, mais do que assente no cumprimento dos deveres deontológicos, encontra o seu pilar no cuidado contíguo ao doente. Do 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. Este pressuposto é desenvolvido por Perdigão (2003), que considera a ética do cuidar um conceito primordial à existência humana e ao desempenho profissional, especialmente num contexto de quem cuida do outro. No cuidar pode residir a cura dos doentes e, por outro lado, expressa, 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).

A propósito da ética do cuidar, e em virtude de os doentes não infetados, como os cirúrgicos, terem sido descurados de cuidados de saúde em prol dos infetados, chamamos a atenção a um exemplo de vários relatos semelhantes que é dado por um cirurgião de um hospital do interior do país, na sexta semana de COVID, em meados de abril de 2020, que dá nota de alguns hospitais terem tido recursos para tratar doentes que não foram adequadamente distribuídos, o que teria resolvido atrasos cirúrgicos e um cuidar de proximidade:

Não faz sentido! Eu, por exemplo, tenho visto reportagens a mostrar o São João e a mostrar o Egas Moniz. O S. João está apinhado de doentes! O Egas Moniz, que é um hospital dedicado, neste momento, só com doentes de COVID, está às moscas, ou quase, não é? Tinha feito muito mais sentido a gente começar a distribuir os doentes uniformemente. (...) O que está a acontecer neste momento é que os do litoral, que já estavam mais bem equipados, vão ficar ainda mais bem equipados, porque vão receber material novo, material de última geração, ventiladores... e o interior vai ficar assim, como sempre esteve... pronto... Portanto, haverá uma diferença entre litoral e interior?

(AA150420)

Este relato de uma cirurgiaã de um hospital de ‘fim de linha’ (grupo III) do litoral assume a incapacidade instalada de atender às necessidades dos seus doentes:

(...) Porque não faz sentido estar a examinar um doente para simplesmente lhe dizer que não sei quando é que irei operá-lo ou tratá-lo. Por isso, neste momento, não faz sentido criar falsas expectativas a um doente ou examiná-lo, porque não sei quando é que ele vai ser tratado.

(CR150520)

O possível resultado da falta de cuidados a doentes cirúrgicos por longos períodos, traduziu-se num receio partilhado pelos cirurgiões de encontrar os doentes inicialmente ‘operáveis’ em estádios de elevada complexidade, pelo adiar da cirurgia, em que a probabilidade de obter um resultado cirúrgico aceitável é muito diminuta, como podemos entender pelo excerto que se segue:

O principal receio é nós... é isso, é nós chegarmos ali a uma altura em que aquilo que não foi diagnosticado durante meses nos caia em cima da... enfim, da cabeça, entre aspas, nos caia tudo ao mesmo tempo, ou seja, quando... a radiologia já estiver a funcionar outra vez, quando a gastroenterologia já estiver outra vez a realizar os exames todos, a certa altura começa-se a... a ir para trás e percebe-se que as... nós estivemos meses sem diagnosticar muitos casos e depois eles vão-nos cair todos ao mesmo tempo, e aí... aí pode... podemos ter realmente alguns problemas de... de dar resposta a esse... a esses doentes.

(FB140520)

Outros testemunhos referem-se negativamente à alternativa encontrada para dar resposta aos doentes da consulta de cirurgia. Reforçamos que os doentes de cirurgia carecem do uso das mãos e da palpação para estabelecer um diagnóstico, o que não foi possível pelo uso da telemedicina, que então substituiu as consultas presenciais. Os cirurgiões perceberam, com o novo método, a inviabilidade de deteção dos denominados ‘quadros agudos’ que a palpação proporcionava. O sistema implementado impediu que os profissionais pudessem exercer a vigilância mais apertada que doentes oncológicos ou de patologias mais complexas exigiam e em que uma observação de proximidade permitiria mais facilmente resolver sequelas ou consequências mais sérias da doença.

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 custos morais e económicos. Este tema comporta

o significado de uma sociedade cuidadora e justa com recursos limitados, em que 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’. Arnsperger e Parijs (2004) reforçam que esses 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. Questões que são também fortemente sentidas pelos cirurgiões gerais no que concerne a constrangimentos de ordem económica para o tratamento adequado dos doentes. Os resultados do inquérito relativamente às perguntas lançadas sobre se os constrangimentos económicos, representam um conflito com o princípio de isenção e liberdade profissional, e se estes afetam a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar conforme as *leges artis*, coincidem com as respostas dos entrevistados. Não obstante, as diferenças na forma como os cirurgiões respondem às duas questões (*vd.* tabela 3) sobre uma diferença em função do setor onde trabalham, não são estatisticamente significativas ($p > .05$), o que pode traduzir-se numa leitura de que estes postulados éticos não têm correlação com o setor (público, privado ou misto) onde se exerce a atividade.

Tabela 3 - Restrições vs. isenção, ajuizamento clínico e ético, conformidade com as *leges artis*

	Público		Privado		Ambos		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Na sua opinião, as restrições económicas conflituam com o princípio de isenção e liberdade profissional na sua atividade?	6,25	2,57	6,00	2,92	5,73	2,53	.601
Considera que os condicionalismos económicos lhe cerceiam a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com as <i>leges artis</i> ?	4,43	2,83	3,67	3,28	4,58	2,75	.485

Legenda: 0 – Menos impacto; 10 – Mais impacto; M – Média; DP – Desvio Padrão

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

A maior parte dos cirurgiões considera estes constrangimentos um conflito com a sua isenção e liberdade profissional, seja porque querem tratar os doentes e não lhes é permitido, ou porque lhes é imposto tratar doentes de uma forma que ‘não deveriam’, ou porque os recursos não são ajustados às necessidades dos doentes, como podemos aferir pela excerto que se segue:

Há uma dificuldade muito grande, para não dizer quase impossível, para obter recursos para tratarmos os nossos doentes de uma forma capaz, conveniente e correta. E isso põe-nos a nós problemas até éticos... de vez em quando, eu não posso fazer o que quero fazer ao meu doente...

(AC270218)

Apesar desta relação negativa entre economia e liberdade profissional na tomada de decisão, os cirurgiões não sentem, de um modo geral, a mesma afetação no ajuizamento clínico e no cumprimento das *leges artis*. O estado da arte e o juízo clínico são considerados, por este grupo profissional, como independentes de fatores externos, sejam de ordem económica ou de cenários de catástrofe. Durante a investigação, colocámos a questão aos cirurgiões e obtivemos reações como a seguinte:

INVESTIGADORA: Considera que este condicionalismo lhe cerceia a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com as *leges artis*?

“Não, quer dizer, eu juízos faço-os mesmo contra mim... Agora, que isso me vá impedir... eu vou cancelar um doente só por causa... só se, de facto, eu achar que não tenho maneira de lhe resolver o problema... Se não for da maneira ideal, será de uma maneira menos boa, mas também boa!”

(MD280218)

A pandemia agravou esta relação, em virtude dos constrangimentos traduzidos na ausência de recursos humanos e materiais. Os cirurgiões viram-se altamente condicionados no exercício das boas práticas na sua atividade; se, por um lado, foi recriada e renegociada uma nova ordem na divisão de trabalho, por outro, a tomada de decisão ficou centralizada no Ministério da Saúde e nas administrações hospitalares, não permitindo margem de negociação. Como se viu pelas transcrições acima, nas instituições hospitalares viveu-se, numa primeira fase, uma absoluta segregação dos doentes. As questões éticas relacionadas com o melhor tratamento para os doentes cirúrgicos foram relegadas para um último plano, em favor dos doentes suspeitos ou infetados por SARS-

CoV. Ante o surgimento de dilemas éticos – ou a sua possibilidade – por escassez de recursos, fossem estes de ordem material ou humana, as reações dos cirurgiões foram diversas e, acima de tudo, emocionais, sem diferenciação do setor em que exerciam a sua atividade:

Acabei de o dizer, não é? Que o COVID me impõe um dilema ético... ou melhor, não me impõe um dilema ético, porque eu não tenho outra forma de atuar. Toda a minha atividade programada foi cancelada por ordem superior, portanto... sim, estou... não tenho capacidade de decidir qual é o doente que deve ser tratado ou não...

(JF310320, setor público)

O que eu vejo nos colegas de Espanha é muito duro, ter de escolher quem se mete no ventilador e quem é que não... e eu tenho colegas que já dizem que pessoas com mais de 75 anos não vão ao ventilador, seja quem for.

(SP240320, setor privado)

A possibilidade de... de ter de decidir que doente se trata... que doente se trata em detrimento dos que não se tratam, não é? Isso... isso é... isso vai ser inevitável quando a nossa capacidade instalada chegar ao fim, sobretudo para quem tiver de... de estar envolvido na decisão de escolher que doentes.

(ML280320, setor público)

Apesar de a racionalidade ser a base da ação médica, os cirurgiões não se mostraram com capacidade para exercer a função de um anestesista ou de um internista para tomar a decisão de desligar um ventilador para o entregar a outro doente com melhor probabilidade de vida. A questão não se apresentou apenas como uma barreira de ordem profissional (uma vez que os cirurgiões não estão acostumados a exercer funções médicas), mas essencialmente de ordem moral e emocional. A este propósito, Wall *et al.* (2013) testemunham um exponencial crescimento das questões de ordem ética e moral em torno dos cuidados médicos nas últimas décadas, muito por consequência da inovação tecnológica, da sofisticação dos doentes e dos aumentos dos custos da saúde, temas que, aliás, conduzem à discussão sobre as más práticas, que adiante serão exploradas. Ética e bom comportamento estão intimamente ligados e advêm de uma educação moral (Pardo, 2011). 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 doentes, através de

gratuidade, com precisão, amor à arte e aos doentes. Tal implica não causar dano, princípio deontológico primordial, e procurar o bem do paciente, ajudando-o no seu melhor interesse. A competência técnica é, portanto, essencial em medicina e passa pelo conhecimento das *leges artis* (regras da prática formuladas em procedimentos normalizados) que, perante a variabilidade vital de cada doente, deve ser questionada para uma correta adequação do tratamento. Isto constitui uma responsabilização para o médico, motivando-o para estar em dia com os avanços técnicos (*idem*). A profissão de médico, de acordo com Hernández-Escobar *et al.* (2010), orienta-se por padrões elevados de profissionalismo e por princípios éticos, colocando os interesses dos doentes 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 do doente, como uma promessa de confiança com as obrigações morais que ser médico impõe. A medicina, concluem os autores, precisa de ‘mestres virtuosos’, como se a condição principal para se ser médico fosse, para além da excelência teórica que representa a sabedoria, o entendimento e a sensatez aristotélicos. Não obstante, 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 beneficência” (Feen, 2012; p.20), Czarkowski, Kaczmarczyk e Szymańska (2015) explicam que quando há conflito entre o que o médico considera a defesa dos interesses dos seus doentes e o plano moral destes, impõe-se a mediação e a reflexão. As *guidelines* da UNESCO contemplam a existência de Comitês de Ética para a Saúde (CES), que carecem de legislação, procedimentos estandardizados de operacionalização e membros bem formados, eleitos pela confiança dos empregados da instituição. Estes 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. Nunes, Rego e Nunes (2013) explicam que o primeiro 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. Os CES baseiam-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. Os CES estão atualmente presentes em todos os hospitais, mas não se regem por padrões de julgamento deontológico da atividade médica, conforme a nossa investigação pôde apurar, e segundo os cirurgiões gerais, quando questionados sobre a interferência das comissões de ética na sua atividade clínica:

INVESTIGADORA: E o que faz o comité de ética?

- O comité de ética avalia propostas de trabalhos de investigação, ensaios and so on... não mais do que isso...

INVESTIGADORA: Portanto, quando vocês têm questões éticas para tratar é sempre com a OM?

- É sempre com a OM...

INVESTIGADORA: Eu tinha a ideia de que o comité de ética pudesse ter a ver...

- E pode! E deveria! (Risos.) Mas não o faz... se calhar, por algumas interferências das comissões de ética e huuuummm... e porque nós não temos essa prática, ou seja, como as CE, que eu saiba, de um modo geral, pelo menos aqui, a sua atuação é limitada... reúne uma vez por mês – e se não há quórum nesse dia, é capaz de estar dois meses sem reunir... quando se precisa de respostas às vezes urgentes! Depois não há a prática de nós próprios termos a iniciativa de procurar a comissão de ética, portanto, há uma questão do ponto de vista ético, procuramos a Ordem. Para já porque sabemos que a OM – enfim, com mais ou menos limitações e com variabilidades que vai tendo ao longo dos anos, porque também depende das pessoas que lá estão... como é evidente... mas tem uma capacidade de resposta mais ou menos rápida. Há esse hábito, essa prática... Nos hospitais, pelo menos aqui neste nós não temos esse hábito, não há essa prática.

INVESTIGADORA: Já agora, que tipo de profissionais fazem parte da CE?

- Médicos, enfermeiros, representante do Conselho de Administração, o diretor clínico, o padre do hospital... eeee ... não sei se tem um representante da sociedade civil..."

(BC210318)

Na sequência destas entrevistas, foram realizadas outras a representantes de comissões de ética de hospitais de diferentes grupos: Grupos I, III e PPP, que confirmaram o mesmo pressuposto. Os CES hospitalares regem-se pelo Decreto-lei 80/2018 e a sua função principal consiste em assegurar o cumprimento dos padrões éticos

na prestação dos cuidados aos doentes. Quando ocorrem erros médicos ou reclamações de doentes, os processos seguem para um ‘gabinete do cidadão’ ou ‘gabinete do utente’, e podem, em paralelo, seguir para instâncias com atribuições legislativas de regulação das boas práticas, nomeadamente a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros ou dos Farmacêuticos.

Aqui o... no seu artigo 3.º, as competências das Comissões de Ética para a Saúde... (...) tem o aspeto de zelar pelo respeito dos princípios éticos da dignidade da pessoa humana e, neste caso, a pessoa humana doente, de autonomia pessoal na prestação de cuidados de saúde; colaborar com os serviços e profissionais na instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde no domínio ético, e esse tem... tem aqui cabimento na questão que põe; zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos utentes e dos profissionais de saúde; prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões, portanto, pela parte clínica na mediação de tomada de decisões, na parte prática, clínica e assistencial; assessorar, numa perspetiva ética, a tomada de decisão de saúde, quer organizativa, quer institucional; elaborar orientações e recomendações e verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.”

(GC270121)

Kass e Rose (2016) registam que as más práticas médicas são julgadas desde a Roma Antiga e assumem uma figura importante na lei americana. O direito penal alberga situações como vários tipos de negligência médica, imprudência e atos de dano intencional. A negligência médica é uma forma de negligência profissional. Aos médicos é esperado que ajam com um padrão de atendimento mais elevado do que aos grupos não profissionais. Os autores referem que os médicos acreditam que a pressão para evitar litígios por negligência conduz a uma medicina defensiva, realizada principalmente para limitar o risco de uma ação judicial contra o médico e apenas secundariamente para aderir ao padrão de atendimento médico. Esta pode levar a um conjunto de consequências: como a prestação de cuidados improdutivos e prejudiciais, o que, do ponto de vista ético, é problemático: “desloca o foco da assistência médica dos melhores interesses do paciente para os melhores interesses do médico” (*idem*, p.300). Os autores concluem que os erros médicos devem ser expostos de forma transparente aos doentes e familiares, de forma a fazerem-se cumprir as obrigações éticas, que assentam em princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e nas virtudes da compaixão, coragem e honestidade. As resoluções legais constituem um *stress* aos médicos e crescem custos, consumo de tempo e danos de reputação. A este propósito, Marjoribanks *et al.* (1996) explica que, em último

caso, são os médicos que determinam o significado da competência e, conseqüentemente, da negligência médica. Os encontros legais – desencadeados por casos de negligência – são geralmente angustiantes. Na experiência dos médicos, a sua interação com a lei é um desafio para o domínio que exercem sobre as práticas do dia-a-dia (*id.*). O discurso dos médicos revela uma necessidade de controlar a gestão dos temas médicos e os processos de negligência são um desafio à autonomia profissional. A sensação de perda de controle é exacerbada para médicos que acreditam estar à mercê de um sistema jurídico hostil, em que a compreensão de si mesmos como profissionais competentes é desafiada por advogados e por pacientes, que estão dispostos a fazer qualquer coisa para criar danos. As queixas sobre os impactos negativos das práticas na relação médico-doente e na prática da medicina aumentam. A maioria dos médicos identifica erros médicos e de gestão de cuidados substanciais, debruçando-se entre ‘erros médicos’ e incompetência e negligência do médico. Dolo e culpa moral por dano ao paciente são condições para muitos médicos identificarem um erro médico como negligência (*ibid.*).

Em Portugal, a realidade do recurso à Justiça é ainda muito rara, apesar de se verificar, na última década, um crescendo de casos mediáticos. Cabe ao órgão regulador sancionar as más práticas. Dado o exposto, e tendo em conta as vicissitudes económicas sentidas nas instituições hospitalares a partir da implementação de medidas de contenção pelo programa da *Troika*, afigurou-se-nos apropriado questionar a Ordem dos Médicos sobre as questões éticas mais prementes na atualidade, o papel da Ordem e as limitações gerais do grupo profissional:

Neste momento, nós, às vezes, temos de tratar os doentes da melhor forma que sabemos e podemos com o material que temos. Isto vai desde você não ter disponível, por exemplo, os fios que devia usar numa determinada cirurgia e usa outros fios, não é exatamente a mesma coisa, pode ter mais complicações, mas, ainda assim, resolve o problema ao doente da cirurgia que ele precisa de fazer, ou não ter acesso a determinado tipo de dispositivo, seja para fazer laparoscopia, seja para um procedimento, por exemplo, para tratamento de incontinência urinária, o que for, não é? Em várias áreas, uma determinada prótese... E que você desenrasca e faz de uma maneira diferente, porque a medicina tem várias formas de fazer as coisas, mas aquelas que são standard e que deveriam ser usadas, muitas vezes, não estão disponíveis. É bom que se diga isso. (...) O código deontológico é outra história, é uma coisa mais larga, uma coisa mais... mais avassaladora. Portanto, eu dir-lhe-ia que essa é uma situação que... tem de ser encarada de forma... correta, porque... esse tipo de questões vai-se colocar cada vez mais no futuro, seja a forma como os

médicos estão a ser tratados e o desprezo que os políticos têm perante este tipo de situações, seja perante os médicos e, conseqüentemente, perante os doentes.

INVESTIGADORA: Que tipo de sanções é que costumam impor diante de infrações... diante de infrações... deontológicas?

- Ações disciplinares. Basicamente são quatro, que vão da advertência até à expulsão.

INVESTIGADORA: É frequente, 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 infrações?

- Teoricamente, devia ser obrigatório. No caso dos tribunais, devia ser obrigatório, penso que agora há legislação nesse sentido. Isto é, se um médico porventura for condenado num tribunal por má prática, ou por negligência, ou por erro, até... o tribunal deveria encaminhar para a Ordem dos Médicos, se não houve uma queixa na Ordem dos Médicos, se houve, já existe, mas, de qualquer maneira, para não falhar, o tribunal deve encaminhar, que é para a Ordem dos Médicos também analisar e perceber se houve violações do código deontológico. E se houve, tem de haver pena, não é? Essa é uma das funções de autorregulação da Ordem mais importantes.

INVESTIGADORA: Artigo 6.º, a independência dos médicos. Ponto 2. Em caso algum, o médico pode ser subordinado à orientação técnica e deontológica de estranhos à profissão médica no exercício das funções clínicas.

- Não devia ser. Em caso nenhum.

INVESTIGADORA: Mas acontece? Ou aconteceu?

- Pode acontecer... Já aconteceu.

INVESTIGADORA: Sentiu isso nesta... nesta fase do programa de...

- Sim... Senti que... senti que os médicos foram pressionados para fazer determinados tipos de coisas. Foram pressionados para pedir menos exames... no fundo, para gastar menos dinheiro. Foram pressionados para... para ver doentes em menos tempo. Foram pressionados para uma série de coisas. Aí sim, também com impacto direto nas coisas. Agora, eu estou convencido de que a maior parte dos doentes, na questão do tempo, os médicos não tiveram muita alternativa, porque lhes marcam os doentes e depois aparecem ali 20 ou 30 doentes, e você tem de os ver, não os vai mandar embora, porque isto fica entre o médico e o doente, não é? Mas na questão dos exames e tal... pá, nos hospitais... seguramente, e penso que nos centros de saúde também, as pessoas continuaram a fazer aquilo que as boas práticas ditam.

INVESTIGADORA: Dever de prevenir a Ordem. É dever imperioso do médico comunicar à Ordem de forma rigorosa, objetiva e confidencial as atitudes de fraudulência ou de incompetência, no exercício da medicina, de quem tenha conhecimento, aceitando depor nos processos que em consequência sejam instaurados. É frequente? Qual é a percentagem...

- Não sei... não lhe sei responder a percentagem, mas de vez em quando acontece, mas é raro. Infelizmente, é muito raro (...) porque as pessoas não gostam de... Ninguém gosta de denunciar pessoas...

INVESTIGADORA: Mas acha que os médicos se protegem uns aos outros?

- Eu não acho... Eu acho que isso não é uma proteção dos médicos uns aos outros. Isso é uma questão de as pessoas terem coragem para assumir determinado tipo de atitude e provas (...). Há queixas... há queixas. Há médicos que se queixam às vezes de outros médicos, porque acham que os médicos ou estão a ter más práticas ou estão a ter situações anormais. Repare, nós temos queixas, por exemplo, de várias pessoas, até figuras públicas, os médicos das vacinas, houve várias queixas e que estão em... foram julgadas no... no conselho disciplinar. Aquele médico de Lisboa que andava a dizer para as pessoas beberem água do mar, etc., e que o colesterol... os medicamentos para o colesterol faziam pior do que melhor. Portanto, esses médicos têm queixas... os médicos queixaram-se. Vários médicos. Portanto, agora, não são queixas muito frequentes, mas existem. Eu diria que... não há mês em que não haja queixas dessas a chegar à Ordem.

INVESTIGADORA: E acha que os médicos têm medo de fazer denúncias ou têm receio que a Ordem possa, eventualmente, não ser efetiva?

- A Ordem faz aquilo que pode. Repare, quando há uma denúncia de má prática, segue para o conselho disciplinar... para os órgãos disciplinares competentes. Não vai para o conselho nacional da Ordem."

(OM220719)

Para finalizar, questionamos os cirurgiões sobre as implicações éticas em casos de exceção e se, nesses casos, optam por exercer o seu direito de objeção de consciência.

Assim, tendo em conta o inquérito lançado a este grupo, nesta dimensão, a consistência interna das questões relacionadas com as implicações éticas em casos de exceção foi de ,700 (razoável).

Tabela 4 - Consistência interna

Cronbach's Alpha	N de itens
---------------------	------------

Implicações éticas...	,700	2
-----------------------	------	---

De acordo com Vaz Patto (2019), o direito à objeção de consciência é um corolário de uma inviolável liberdade de consciência e de integridade moral, consagrado no quadro constitucional, domínios estes que se situam numa esfera mais íntima da pessoa. A deontologia médica refere, no seu artigo 30.º, que o médico pode recusar a prática de um ato médico se esta entrar em conflito com a sua “consciência moral, religiosa ou humanitária”.

A maioria dos cirurgiões gerais nega ter exercido o seu direito de objeção de consciência por questões que se prendem com constrangimentos económicos relativos ao tratamento de doentes que conflituassem com a sua consciência. Um total de 20 cirurgiões (13,3%) indica que exerceu este seu direito. A diferença de proporções entre o tipo de hospital onde estes profissionais trabalham não é estaticamente significativa – $\chi^2(2) = 0.770$, $p = .707$. Um cirurgião indica que o facto de ter exercido esse direito teve repercussões na sua relação entre pares, e outros indicaram que “o tratamento foi suspenso”, ou “o doente foi tratado com outra técnica”. A proporção de médicos que comunicou à Ordem dos Médicos improbidades, incompetências ou infração de regras deontológicas por parte de colegas é também reduzida (15%), sendo mais elevada no setor privado, embora não de forma significativa ($p = .674$).

Tabela 5 - Implicações éticas/objeção de consciência (Sim)

	Público		Privado		Ambos		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
Em alguma circunstância, motivada por uma imposição de contenção de custos para o tratamento de um doente que conflituasse com a sua consciência, exerceu o seu direito de objetor de consciência?	14	14,6	2	9,0	6	18,2	.707
Em caso de ter respondido SIM à pergunta anterior: teve alguma repercussão pessoal ou profissional por ter exercido o seu direito?	3	12,5	1	16,7	0	0,0	.591
Já comunicou à Ordem dos Médicos alguma improbidade, incompetência ou infração de regras deontológicas por parte de algum colega?	8	8,3	3	14,3	4	12,1	.674

Entre os que assumiram terem motivos para comunicar à Ordem dos Médicos improbidades, incompetências ou infração de regras deontológicas por parte de colegas, as razões evocadas para não o terem feito relacionam-se com um excesso de burocracia (13.2%) e/ou solidariedade interpares (12.5%). 66,8% responderam que nunca tiveram motivos para o fazer.

Tabela 6 - Motivos de não comunicação de infrações à OM

	N	%
Por receio de represálias	17	11,2
Por excesso de burocracia	20	13,2
Por ineficiência em caso anterior	14	9,2
Por solidariedade interpares	19	12,5
Porque nunca tive motivos	101	66,8

Como podemos apreender pela tabela 7, a maioria (59,1%) dos cirurgiões respondem negativamente à questão “já realizou alguma cirurgia que não fosse o melhor tratamento, dada a especificidade de um doente, por ausência de recursos materiais?”. Constata-se uma proporção significativamente mais elevada de cirurgiões que trabalham em ambos os setores que respondem afirmativamente à questão quando questionados sobre a sua realidade nos hospitais públicos – $\chi^2(3) = 12.178, p = .007$ -.

Tabela 7 - Cirurgia não adequada por ausência de recursos materiais

		Público	Privado	Ambos sobre o público	Ambos sobre o privado	Total
Não	Freq.	54	8	13	26	101
	% grupo	56,3%	72,7%	40,6%	81,3%	59,1%
Sim	Freq.	42	3	19	6	70
	% grupo	43,8%	27,3%	59,4%	18,8%	40,9%
Total	Freq.	96	11	32	32	171
	% grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

As entrevistas realizadas durante o trabalho de campo revelam resultados idênticos, embora em algumas circunstâncias seja notório o desconforto que as questões de objeção de consciência e de denúncia interpares causam.

INVESTIGADORA: 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 objeto de consciência?

- *Sempre. Sempre o fiz toda a vida... Porque achei que não tinha as condições exigidas... eticamente, não eram oferecidas, portanto eu não dispunha de consciência para isso. Aliás, a minha prática de anos é essa, em vários domínios... vários domínios aqui dentro, não é? Isto agora, como nota de rodapé, houve uma altura em que eu até cheguei a pensar que devia ser o senhor demissionário, porque passava a vida a ... não sei se sabe, prontos (risos descontraídos)... eram cartas de demissão sucessivas de diferentes cargos que eu ocupei ao longo da vida em comissões e direções... as comissões, aliás, eu nunca cheguei ao fim de uma comissão... eu demitia-me por falta de condições... nem sei como cheguei a diretor de serviço (gargalhadas)... nunca pensei! E avisaram-me! Mas a vida traz dessas surpresas...*

INVESTIGADORA: E trouxe-lhe algum “dano” profissional com essa atitude?

- *Trouxe, trouxe.*

INVESTIGADORA: E manteve a sua postura a posteriori?

- *Sim, sim... que eu me tenha apercebido, sempre. Sempre...*

INVESTIGADORA: E trouxe-lhe danos pessoais?

- *Trouxe-me danos pessoais...*

INVESTIGADORA: E mesmo assim manteve a sua postura...?

- *E mesmo assim (risos)... mantive a minha postura...*

INVESTIGADORA: Achou sempre, em alguma destas circunstâncias, que estava a atuar em benefício do doente...? Alguma que se recorde...?

- *Sim, vários motivos... um deles foi relativamente a *leges artis*, o que tem a ver com a defesa dos doentes, ou seja, o que aplica à *leges artis* tem a ver com a defesa do doente...*

INVESTIGADORA: Já sentiu necessidade de comunicar à Ordem alguma improbidade, incompetência ou infração de regras deontológicas...?

- *[Interrompe.] Já comuniquei várias vezes! Não senti: já comuniquei várias vezes! Várias (gargalhadas descontraídas) ...*

(BC210318)

“É assim, se eu já tive necessidade? Talvez. Que o tenha feito depois... à Ordem dos Médicos? Não... (...) nós temos de pensar que os colegas são nossos colegas, temos de nos respeitar uns aos outros, mas nós temos de pensar que no centro da nossa organização, do nosso trabalho, está o que é o melhor interesse do doente.”

(AV180719)

IV.2 – Economia ética da saúde

“Nowadays, society remains far from a global health ethic, partially because of the primacy of economics”

(Goldberg & Patz, 2015, p.38)

Em termos teóricos, McCullough, Jones e Brody (1998, p.4, tradução livre) definem a ética como o estudo disciplinado da moralidade que coloca como questão central o que deve ser a moralidade. Esta questão divide-se em duas questões essenciais: ‘o que deve ser o carácter?’ e ‘o que deve ser a conduta?’. A ética cirúrgica, como uma subdisciplina da ética e da cirurgia, pergunta: ‘o que deve ser a moralidade em cirurgia?’ – entenda-se que cirurgia implica a prática clínica, a investigação e a educação. A ética cirúrgica divide igualmente esta questão base em duas, dirigidas especialmente à cirurgia, a cirurgiões, formandos de cirurgia e a gestores institucionais: ‘o que deve ser o carácter dos cirurgiões?’ e ‘o que deve ser a conduta dos cirurgiões?’. Na ótica de Zussman (2000), a ética médica e as abordagens das ciências sociais à ética médica caracterizam-se por propósitos diferentes: uma é empírica e a outra normativa. A sociologia empírica, no seu método etnográfico, preocupa-se com os detalhes da vida nos hospitais e dos médicos. Neste sentido, Zussman sublinha a importância ética fiduciária como suporte às seguintes pressões: a) que há um conflito entre tratar de um paciente e as obrigações para outros pacientes e terceiros; b) que pressões para reduzir o uso de recursos – particularmente pressões financeiras – interferem com a realização da ética fiduciária; e c) as pressões tendem a crescer com o crescimento da concorrência de preço, aumento da pressão para reduzir custos e ausência de regulação estatal. Em situações de ética ‘bote salva-vidas’, como a de ausência de camas em número suficiente – que levam a subordinar interesses de um doente sobre outro –, os médicos observados na pesquisa de Zussman mostraram-

se peritos em inventar modos de aumentar o tamanho do bote: desde deixarem os doentes na sala de emergências mais do que o tempo devido, mover ventiladores ou arranjar enfermeiros extras. É aplicada uma ética utilitária em detrimento da fiduciária, que parece não preocupar nem a médicos, nem aos doentes ou às suas famílias. O autor refere a evidência de que o comportamento médico não é afetado pelos incentivos financeiros. Os médicos não agem, por norma, pela maximização do lucro, ao contrário das teorias da economia clássica (*idem*). Também no relato de Serra (2007), podemos observar a mesma linha de raciocínio: assiste-se à utilização do apelo ao dever moral e de argumentos morais que justificam o tratamento de pacientes sem indicação médico-científica: se o trabalho médico se concentra em problemas concretos e na sua solução prática, é importante que ele prossiga mesmo quando lhe falta fundamentação científica, principalmente se se necessita de salvar vidas através do último dos recursos possíveis. O ato médico, *per se*, em torno da cirurgia, com todo o aparato cirúrgico do bloco operatório, a par dos fortes momentos de tensão que o simbolizam, dá à cirurgia um charme singular. Serra, que investigou comportamentos de cirurgiões hepáticos no campo, nota que, para estes, há uma desconexão entre a medicina baseada em evidência e as decisões e práticas médicas. A aquisição deste tipo de conhecimento não responde aos problemas na tomada de decisão clínica. O destaque vai para a experiência cirúrgica, apesar do reconhecimento da importância desta, mas não é fácil combinar investigação com prática clínica, de modo a que a experiência pessoal dos cirurgiões é o core na construção do conhecimento e no discurso médico (Serra, 2008).

A inovação tecnológica é parte da tomada de decisão de vários dos *stakeholders* do SNS. Nogueira (2016) apresenta esta como parte fundamental de uma moldura de gestão eficaz de recursos, uma vez que melhora a qualidade de vida das pessoas. Em Portugal procura-se, afirma Nogueira, o 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 (*idem*).

Machado (2012), e no que toca aos diferentes *stakeholders*, acrescenta o político, no papel de investidor, que objetiva o desenvolvimento económico, a coesão social, a competitividade e a produtividade, considerando que as decisões políticas impactam diretamente na saúde dos portugueses. Salaria que a visão do gestor se foca no gasto imediato com a resposta de restrição, sem consideração ética. Todavia, sugere, a decisão deve considerar o equilíbrio da utilização dos recursos da comunidade e o direito individual à equidade. No campo oposto, 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 ao 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 estes 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).

Alongaremos a temática da economia e dos seus efeitos perversos no capítulo seguinte.

CAPÍTULO V – AFETAÇÕES ECONÓMICAS E DE TERCEIROS NA ATIVIDADE DOS CIRURGIÕES-GERAIS E NOS DOENTES

De acordo com Correia (2012), em matéria de determinantes externas, a influência mais direta sobre a configuração organizacional do hospital público é a dimensão política. Apesar da introdução dos conceitos de descentralização de competências aportados pela NGP, a presença governamental continua no controlo das suas mais importantes vertentes decisórias, fazendo sentir-se a centralidade política logo a partir da nomeação ministerial dos presidentes dos conselhos de administração. A sua gestão física, patrimonial e de recursos humanos não está segregada da orientação dos objetivos traçados pelo governo, o que limita a sua autonomia efetiva. O hospital responde, assim, ao orçamento determinado pelo Estado através dos contratos-programa e carece de aprovação de qualquer despesa suplementar. Este controlo restringe os desvios aos indicadores contratualizados e a tutela pressiona para um aumento de produtividade, independentemente da realidade de cada hospital (*idem*, pp.94-96). Carapinheiro, Serra e Correia (2013) sublinham que o Estado tem vindo a responsabilizar a gestão dos vários prestadores de saúde pela concretização das definições da esfera política, impondo-lhe mecanismos de controlo financeiro, como a contenção de custos, bem como a informatização dos fluxos de informação e modelos prospetivos sobre o desempenho organizacional. Desde 2002 que se assiste a uma descentralização de competências para os prestadores de cuidados, a uma responsabilização aos prestadores e profissionais com contratualização através de novos modelos de financiamento, a uma racionalização de gastos que potencia o aumento do espaço do setor privado e a uma desregulação do mercado de trabalho (*idem*, pp.52-53). Esta desregulação dá-se através da suspensão das carreiras profissionais e da contratualização individual (Correia, 2012) que acelera uma concorrência entre os próprios hospitais EPE na captação dos recursos humanos. Esta ideologia burocrático-racionalista é legitimada pela procura de controlo do Estado sobre o setor da saúde, que representa um enorme peso nas contas públicas (Carapinheiro, Serra e Correia, 2013).

O Memorando de Entendimento negociado com a *Troika* e que, segundo Hespanha (2019), visou uma série de medidas restritivas ao setor da saúde no sentido da redução da despesa pública, impactou diretamente na atividade e no tratamento dos

doentes cirúrgicos. Segundo o Observatório Europeu de Políticas de Sistemas de Saúde (OEPSS, 2021), um crescente e elevado número de pedidos de saída do país para praticar medicina no estrangeiro foi registado na OM a partir 2011, por parte de médicos especialistas e juniores do SNS, particularmente para países como o Brasil, Suíça, França, Irlanda, Reino Unido, Alemanha e Espanha, como resultado da crise económica e em virtude de uma melhoria de condições de trabalho e remuneração. Até 2015, a OM aferiu a emigração de 1631 médicos. O SNS não conseguiu absorver, nesta fase, os médicos formados no país, aumentando a taxa de desemprego no setor. Sublinhamos que, a partir de 2010 os médicos seniores iniciaram mais cedo o seu processo de jubilação do SNS para se dedicarem ao setor privado. Esta realidade é mais visível em Lisboa, local de uma grande concentração de atividade privada, transversal à cirurgia geral.

Os impactos resultantes desta realidade, verificaram-se a diversos níveis: não apenas no bem-estar físico e emocional dos profissionais, mas também ao nível estrutural dos edifícios, da aquisição de equipamentos e dispositivos de inovação tecnológica, bem como representou um contributo para o aumento das listas de espera. No sentido de aprimorar os reais efeitos nas práticas dos cirurgiões, na redução da qualidade dos materiais e nos cuidados aos doentes, o inquérito efetuado em 2020 teve em conta a realidade vivida por estes profissionais nos últimos 5 anos, ou seja, no período pós-*Troika*. Estabelecemos o comparativo entre o setor público e o setor privado, para perceber se se registavam diferenças entre os setores e a análise das respostas segmentou os respondentes em quatro categorias: cirurgiões que trabalham apenas no setor público; os que trabalham apenas no setor privado; os que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre a sua realidade no setor público; e os que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre a sua realidade no setor privado. A tabela 8 ilustra as quatro dimensões e os indicadores utilizados para aferir as consequências deste refreio económico de imposição política à gestão dos hospitais EPE:

Tabela 8 - Dimensões e Indicadores do Impacto das Restrições Económicas e dos stakeholders

DIMENSÕES	INDICADORES
Impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões-gerais ⁶⁰	Sente o impacto das restrições orçamentais no hospital em que trabalha?
	Sente-se fustigado por um desgaste físico e emocional (<i>burnout</i>) no hospital onde trabalha?
	Sente-se negativamente afetado nas suas condições de trabalho pela redução do horário de trabalho dos restantes profissionais de saúde para 35 horas?
	Na sua opinião, de que modo o acesso à inovação tecnológica e qualidade do material cirúrgico influenciam as suas boas práticas?
	Caso o acesso à inovação tecnológica e qualidade do material cirúrgico influenciem as suas boas práticas, a influência é positiva ou negativa?
	A sua opinião sobre a escolha de materiais adequados ao tratamento individual de cada paciente é levada em conta pela sua administração?
Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento	De que modo as atuais restrições orçamentais se fazem sentir na manutenção das estruturas (obras, construção de novas unidades, manutenção de ar condicionado/ de outros equipamentos, outros...)?
	De que modo se alterou o seu acesso a equipamentos ou dispositivos médicos de inovação tecnológica nos últimos 5 anos?
	Que grau de dificuldade tem atualmente no acesso a materiais cirúrgicos de inovação tecnológica?
	Preocupa-se com a gestão do orçamento dos atos cirúrgicos, tendo em conta o financiamento do seu hospital (i.e. despesas inerentes ao tratamento dos seus doentes, como a escolha de materiais cirúrgicos de maior qualidade)?
	De que modo a eficácia e/ou a eficiência da sua atividade podem depender da qualidade dos materiais que utiliza nas suas cirurgias?
	Considera que, atualmente, as regras de contenção económica nos consumos de material são iguais nos hospitais públicos, PPP e privados?
Impacto das restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes	Na sua opinião, como evoluiu a qualidade do tratamento dos pacientes que passaram pela cirurgia geral nos últimos 5 anos?
	Na sua opinião, como evoluiu a lista de espera dos pacientes que passaram pela cirurgia geral nos hospitais do SNS nos últimos 5 anos?

DIMENSÕES	INDICADORES
	Na sua opinião, como evoluiu o número de camas, em geral, dos hospitais nos últimos 5 anos?
	De que modo a sua prestação aos doentes, em termos de tempo de dedicação em consulta e tempo de resposta cirúrgica, se alterou pela economia do seu hospital nos últimos 5 anos?
	Na sua opinião, a diminuição do horário de trabalho para 35 horas dos restantes profissionais de saúde dos hospitais públicos contribuiu para o aumento das listas de espera?
	Na sua opinião, o acesso à inovação tecnológica influencia positiva ou negativamente o tratamento dos seus pacientes?
	A instituição em que trabalha impõe-lhe o uso de materiais cirúrgicos que não representam a melhor opção de qualidade para o tratamento dos seus pacientes?
Impacto das restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes	Já sentiu necessidade de referenciar algum doente porque o seu hospital não lhe garantia o melhor tratamento em virtude de contenção económica (exclua a referenciação para centros de 1. ^a linha)?
	De que modo o aumento das listas de espera de cirurgia afeta a saúde dos pacientes?
	De que modo a diminuição do horário de trabalho para 35 horas no setor público contribuiu para o aumento do número de cirurgias no setor privado?
Influência de terceiros nas práticas dos cirurgiões	O Comité de Ética tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas e opções de tratamento dos doentes?
	O Departamento de Logística/Compras tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas opções no que respeita à escolha dos materiais mais adequados ao tratamento dos seus pacientes?
	A sua administração tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas de materiais mais adequados e opções de tratamento dos doentes?
	O seu superior hierárquico tem influência nas suas escolhas em relação aos materiais adequados a utilizar nas suas cirurgias?

No âmbito da pesquisa etnográfica, entre 2018 e 2021, realizamos entrevistas semiestruturadas (*vd.* anexo VI) com questões semelhantes, conforme o quadro que se apresenta:

Tabela 9 - Entrevista semiestruturada

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?
Considera que essa escolha interfere no bom tratamento dos seus doentes (e.g. materiais implantáveis...)?
Já prescreveu, realizou ou cancelou alguma cirurgia que não fosse a mais indicada para o doente, por ausência de recursos materiais?
Considera as regras de contenção económica nos consumos de material iguais nos hospitais públicos e nos privados?
Como vê essa igualdade/diferença de comportamento?
Os seguintes <i>stakeholders</i> têm influência na sua tomada de decisão: CE/CA/Logística/DRH/Superior hierárquico?

V.1 – Impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões gerais

Assim, no que se refere à 1.^a dimensão, cujo objetivo foi determinar o impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões-gerais, a consistência interna das questões relacionadas com a perceção do impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões-gerais, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, foi de .815 (bom). A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill e Hill (2014).

Tabela 10 - Consistência interna

	Cronbach's Alpha	N de Itens
Impacto das restrições económicas	,815	12

Ao compararmos as respostas às questões relacionadas com o impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões-gerais, em função do tipo de hospital onde trabalham, encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 11 - Impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões-gerais

	Público		Privado		Ambos a)		Ambos b)		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Impacto das restrições orçamentais no hospital em que trabalha	6,7	2,7	4,6	3,2	6,9	2,4	4,5	2,7	,001***
Sente-se fustigado por um desgaste físico e emocional (<i>burnout</i>)	6,4	2,8	3,1	2,9	6,1	3,0	3,4	2,4	,001***
Sente-se afetado nas suas condições de trabalho pela redução do horário de trabalho dos restantes profissionais de saúde para 35 horas	4,7	2,9	1,3	2,4	5,3	3,2	5,0	3,3	,001***
Influência da inovação tecnológica e qualidade do material cirúrgico nas boas práticas	8,1	2,1	7,6	2,1	7,9	2,5	7,6	2,6	.518
Influência negativa ou positiva da inovação tecnológica e qualidade do material cirúrgico nas boas práticas	8,0	2,0	8,1	1,9	8,0	2,4	7,6	2,7	.883
Opinião sobre materiais adequados ao tratamento individual de cada paciente é levada em conta pela sua administração	4,1	2,9	5,1	2,4	4,3	3,0	5,8	3,0	.029*

Legenda: 0 – Menos impacto 10 – Mais impacto; M – Média; DP – Desvio Padrão

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

a) Médicos que trabalham em ambos os tipos de hospitais e responderam às questões relativas aos hospitais públicos.

b) Médicos que trabalham em ambos os tipos de hospitais e responderam às questões relativas aos hospitais privados.

As respostas que apresentam diferenças estatisticamente significativas encontram-se a seguir analisadas:

a) *Sente o impacto das restrições orçamentais no hospital em que trabalha?*

$F(3, 179) = 8.464, p = .001$ - o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões que trabalham em hospitais públicos ou os que trabalham em ambos os tipos de hospitais, quando respondem à questão sobre os hospitais públicos, percecionam um impacto significativamente mais elevado do que os cirurgiões que trabalham em hospitais privados ou os que trabalham em ambos os tipos de hospitais, quando respondem à questão sobre os hospitais privados. Esses impactos são notórios nas entrevistas realizadas, principalmente nos cirurgiões que trabalham no setor público ou em ambos os setores. São múltiplas as situações do quotidiano identificadas, desde o

trabalho no bloco operatório até à avaliação do doente, enfatizando a atenção médica ao doente, agora muito diminuída. A disponibilidade de equipamentos e materiais de uso cirúrgico que marcam a diferença no tratamento ao doente foi drasticamente reduzida na última década, deixando marcas relevantes no desempenho do médico, na segurança e no resultado do tratamento. Notamos também que os cirurgiões apontam para a criação de novos modelos de funcionamento de cariz gestor que resultam numa pressão de números e uma atenção à cabimentação e à orçamentação dos hospitais, a qual se sobrepõe à prestação dos melhores cuidados. O apetrechamento estrutural das instituições, como sejam as remodelações de serviços como blocos operatórios desatualizados, aquisições de equipamentos de *hardware*, a contratação de novos profissionais, a formação diferenciada e a remuneração dos profissionais em geral, são questões que passaram a ser ignoradas.

(...) Principalmente na remuneração⁶¹ dos trabalhadores. (...) há um efeito secundário, a má remuneração dos trabalhadores nos cuidados; se não há trabalhadores, que é o principal problema, porque são mal pagos, também não são oferecidos os cuidados de saúde a tempo adequado.

(TN140318)

(...) Principalmente a nível da possibilidade da contratação de recursos humanos. Principalmente a nível de enfermagem. Não tanto a nível de auxiliares, porque tem a ver com uma questão sazonal e de localização. Porque há possibilidade de contratar auxiliares, eles é que não querem vir trabalhar para o hospital, porque temos neste momento uma oferta mais atrativa em termos de turismo para eles. Em termos de profissionais de enfermagem, há profissionais a quererem ser contratados, mas não há autorização de cima para contratar. Depois, o que acontece, em termos dos médicos, é que houve um grande corte, principalmente a nível das horas extraordinárias, e isto levou a uma... a uma diminuição daquilo que nós considerávamos o 'amor à camisola', portanto, os cortes cegos que existiram antigamente fizeram com que aquele 'amor à camisola' e ao funcionalismo público desaparecesse um bocadinho... hoje em dia, mesmo os próprios colegas quando começam uma especialidade, aquilo que ganham atualmente, e para aquilo que se exige deles e para as horas... acho que não é aceitável. E, portanto, isto tudo fez com que houvesse uma desmotivação generalizada e acho que esta é a expressão mais feliz, portanto, 'o amor à camisola' perdeu-se...

(EA200318)

⁶¹ A questão do impacto na remuneração é muito veiculada. Veja-se que o ordenado de um assistente hospitalar com dedicação exclusiva em horário de 42 horas é de 3.398,92 brutos/mensais. Consulta disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/>.

b) *Sente-se fustigado por um desgaste físico e emocional (burnout) no hospital onde trabalha?*

$F(3, 179) = 14.471, p = .001$ – nesta resposta, o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões que trabalham em hospitais públicos ou os que trabalham em ambos os tipos de hospitais, quando respondem à questão sobre os hospitais públicos percebem um desgaste físico e emocional significativamente mais elevado do que os médicos que trabalham em hospitais privados ou os que trabalham em ambos os tipos de hospitais quando respondem à questão sobre os hospitais privados. Este resultado pode ser explicado por dois fatores: o 1.º prende-se com o facto de o serviço público estar sujeito à obrigatoriedade de cumprimento do horário de urgência, bem como a possibilidade de os cirurgiões operarem em horários extraordinários (que incluem sábados, domingos e feriados) no regime de SIGIC. Em termos gerais, o setor privado oferece uma dinâmica mais serena pela ausência destes tempos; o 2.º fator é a própria dinâmica dos setores: os hospitais públicos sofrem a maior parte da procura de cuidados, dos mais simples aos mais complexos, pelas suas características e pela facilidade de acesso (sem custos) à população em geral. Num mesmo horário de trabalho, é maior a probabilidade de um cirurgião de um hospital público operar, dar consultas ou fazer visita de internamento a um número superior de doentes, comparativamente com um cirurgião do setor privado. A afluência da população aos hospitais privados é significativamente inferior, principalmente ao serviço de urgência, motivo pelo qual a agitação do quotidiano é superior no setor público, o que leva a quadros de desgaste. A pesquisa de campo permitiu uma imagem muito fidedigna desta realidade, tanto no trabalho dos enfermeiros, embora não sendo o objeto deste estudo, como na realidade médica. A expressão *burnout* está integrada tanto na linguagem de uns como de outros. É notório o cansaço demonstrado pelos que trabalham no setor público e a qualidade de vida sublinhada pelos que se dedicaram ao setor privado.

Agora só está na privada. Trabalha neste hospital e num outro grupo privado no Porto. Está contente porque agora trabalha como quer. (...) A cirurgiã [ajudante] explica que gosta muito de trabalhar neste hospital, pois está lá desde o primeiro dia. Deixou o hospital público porque já eram muitos anos, muito cansaço acumulado e tudo estava muito mudado [para pior], pelo que era hora de parar um pouco. Mas como não quer estar sem trabalho, organiza agora a sua vida de modo diferente: opera nesta clínica, opera num hospital da Misericórdia e tem agora mais

tempo livre para si, para as suas coisas e para a família. Já passou a barreira dos sessenta há algum tempo e não lhe faz mal a qualidade de vida que, com esta mudança, ganhou.”

(excerto dos diários de campo, 14 de outubro de 2020, hospital privado)

c) *Sente-se afetado nas suas condições de trabalho pela redução do horário de trabalho dos restantes profissionais de saúde para 35 horas?*

$F(3, 172) = 8.654, p = .001$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões que trabalham só em hospitais privados percecionam um impacto significativamente mais baixo do que todos os restantes cirurgiões. Na realidade, esta questão está dirigida ao setor público, uma vez que foi neste que se verificou a redução de horário. Os médicos mantiveram o seu horário de 42 horas ao mesmo tempo que as restantes ocupações beneficiaram da redução de horário para as 35 horas, o que parece não só afetar o trabalho da cirurgia como também provoca alguma revolta nos cirurgiões do Serviço Nacional de Saúde, como podemos aferir pelo excerto de diário de campo abaixo

No próximo ano não trabalharei mais do que as horas obrigatórias’ – afirma o cirurgião que vem fazer a formação. Se assim for, explica, em três meses, fazendo bancos de vinte e quatro horas semanais, esgotará as horas extraordinárias. Confessa que quando era interno era mais fácil fazê-lo, mas agora, com a família e o filho pequeno, torna-se complicado fazer um banco de vinte e quatro horas por semana. Mas mais grave, concordam, é não terem condições para trabalhar melhor e assistirem a uma degradação contínua do Serviço Nacional de Saúde. ‘O SNS é o alvo!... um alvo a abater que não interessa aos políticos manter em funcionamento. Está destinado ao fracasso e a União Europeia não pode oficialmente aceitar que tal aconteça, mas fecha os olhos, deixando-o tornar-se tão mau até à desintegração final’, conclui.

(excerto dos diários de campo, 30 de dezembro de 2018, hospital do grupo III)

d) *A sua opinião sobre a escolha de materiais adequados ao tratamento individual de cada paciente é levada em conta pela sua administração?*

$F(3, 177) = 3.073, p = .029$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões que trabalham exclusivamente em hospitais privados e os que praticam em ambos os setores, quando respondem à questão sobre os hospitais privados, percecionam uma auscultação mais favorável da sua administração em relação às suas escolhas. As reclamações à falta de auscultação são verificadas nos hospitais públicos, onde, aliás, está institucionalizado um hiato entre a linguagem dos gestores e a linguagem

médica; os cirurgiões assumem que foram formados para tratar doentes, enquanto os gestores demonstram o seu maior interesse no atingimento da produtividade para satisfação de objetivos perante o ministério. A fronteira leva os cirurgiões a acreditar que a culpa desse *gap* é da própria gestão, apesar de verificarmos uma percepção contrária por parte da gestão.

(...) As críticas às administrações aparecem: 'Não são gestores, são administradores de excel', comenta o diretor da unidade. (...) Frequentemente encerram-lhes salas no dia das cirurgias. Um drama que, segundo crê, advém da má gestão hospitalar: '(...) porque são todos políticos! Não é que saibam gerir...', comenta um dos cirurgiões. 'E não sabem falar com as pessoas! Não dialogam com quem está a trabalhar, não percebem o que se passa no terreno...

(excerto dos diários de campo, 30 de dezembro de 2018, hospital do grupo III)

O resultado deste indicador pode também justificar-se pela morosidade processual na aquisição de materiais não concursados, que se traduz em materiais de uso não corrente e materiais de inovação tecnológica, que, a par com a ausência de médicos anestesistas, é uma grande causa de cancelamento de cirurgias. Em diversas instituições públicas, os doentes são agendados no espaço de uma semana e o sistema de pedido de material não concursado publicamente é muito complexo: o cirurgião preenche um formulário próprio de pedido, leva ao diretor para assinar, a secretária devolve à logística, a logística abre ou não um procedimento (dependendo de fatores como já ter utilizado previamente a mesma referência, entre muitos outros), aguarda autorização da direção, envia o pedido de consignação (os hospitais solicitam muitas vezes consignação para não assumirem um custo no imediato) ou de aquisição e a empresa fornece. Por etapas, a problemática começa logo no início do preenchimento do formulário denominado de 'Pedido de Utilização Pontual de Material de Consumo Clínico – Implante', que exige a identificação da data, nome do serviço que requer o material, do centro de custos, a designação completa do material (incluindo a sua referência), a justificação clínica (que obriga a uma boa caracterização do problema e da opção da escolha dessa solução), o local onde o material será utilizado (habitualmente, o bloco operatório de cirurgia), a identificação do doente a implantar com inclusão da vinheta deste, a data programada da cirurgia, a assinatura da direção do serviço e o parecer da administração hospitalar ou do gestor de área. A articulação entre as partes envolvida as é muito frágil e apenas o primeiro elemento (o cirurgião) e o último (a pessoa da logística) conseguem, a custo, fazer com

que a cirurgia aconteça (ou não), se se empenharem entre si numa conjugação de esforços que passa por o médico comunicar diretamente a informação ao indivíduo, logo no momento em que realiza o pedido, muito antes de o papel lhe chegar às mãos, por forma a que este possa começar a desenvolver todo o processo burocrático no mesmo instante. Assim, quando todas as assinaturas estiverem prontas, o que esta pessoa já fez permite evitar um cancelamento de cirurgia. E isto passa por ela já ter avisado a empresa fornecedora de que o material será necessário para aquele dia e que a empresa se prepare para o colocar (com ou sem nota de encomenda) no hospital, aguardando que, na hora, a última assinatura confirme a autorização do uso do implante.

Às questões sobre a influência positiva ou negativa que as novas tecnologias e a qualidade do material cirúrgico têm nas boas práticas médicas, as respostas recolhidas no campo são unânimes. Os cirurgiões afirmam que, atualmente, as soluções tecnológicas permitem aumentar a segurança dos procedimentos cirúrgicos, mas a dificuldade de acesso a essas tecnologias traduz-se num aumento das complicações e/ou no insucesso da terapêutica. Os cirurgiões lutam com as administrações para conseguirem implementar nos seus hospitais essas tecnologias e, como tardam anos em consegui-las, acabam por usar outros materiais de conveniência económica institucional, que nem sempre cumprem os requisitos do melhor tratamento. Os cortes orçamentais resultam no impedimento de utilizar a tecnologia mais avançada e mais proveitosa para o doente, em termos de tempo e qualidade cirúrgicos.

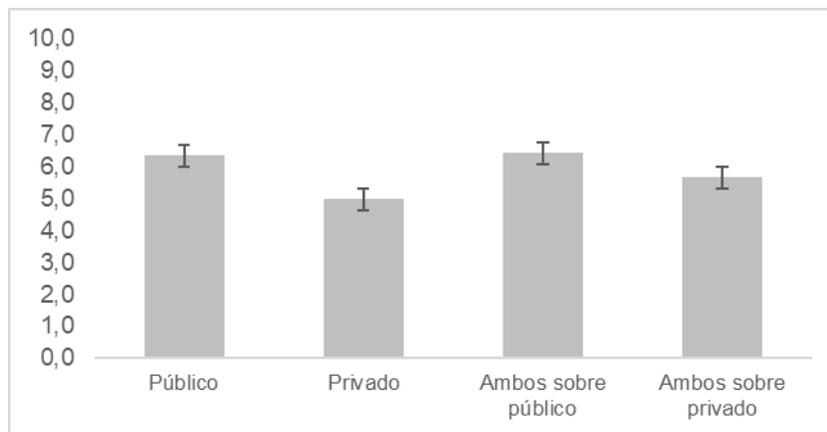
Eu posso dizer que eu pedi, por exemplo há cerca de ano e meio, ainda não fez dois anos, um material, um instrumento cirúrgico que permitia operar determinada patologia de outra forma, que daria muito menor dano ao doente, com melhores resultados, que estão comprovados e que já podemos experimentar, graças a Deus, porque a casa em questão emprestou-nos o aparelho durante uma semana para nós fazermos alguns casos. Podemos verificar que é real, é eficaz... hummm (pausa)... mas continuamos pendurados... pedimos já duas vezes no pedido orçamental para o ano seguinte, já por duas vezes que isso foi pedido, mas ainda não podemos ser contemplados com isso. Nós nem para... o meu serviço está certificado e isso permitiu-me saber que 98% do meu material tem mais de 5 anos!

(AC270218)

O gráfico 1 ilustra as respostas dadas, considerando uma média das respostas às seis questões

Gráfico 1 - Impacto das restrições económicas

colocadas, que parecem revelar a maior afetação dos indicadores avaliados no setor público.



V.2 – Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento dos doentes

Na 2.^a dimensão, que mede o impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento dos doentes, pretendeu-se avaliar como os cirurgiões percecionam as consequências dos constrangimentos económicos na escolha dos materiais mais adequados, nas condições físicas das unidades hospitalares, no acesso à inovação tecnológica, na eficiência e na eficácia do seu trabalho e ainda aferir a existência de uma consciencialização económica na tomada de decisão e se existem diferenças relativamente aos diferentes modelos de gestão hospitalar.

A consistência interna das questões relacionadas com o impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento dos doentes foi de .755 (razoável).

Tabela 12 -Consistência interna

	Cronbach's	
	Alpha	Nr. de Items
Restrições económicas	,755	6

Ao estabelecer a comparação das respostas dos cirurgiões às questões relacionadas com o impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento dos seus pacientes, em função do setor onde trabalham, encontram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 13 - Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais

	Público		Privado		Ambos a)		Ambos b)		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
De que modo as atuais restrições orçamentais se fazem sentir na manutenção das estruturas (obras, construção de novas unidades, manutenção de ar condicionado/ de outros equipamentos, outros...)?	1,3	1,0	4,1	,5	6,0	1,3	7,5	3,5	,095
De que modo se alterou o seu acesso a equipamentos ou dispositivos médicos de inovação tecnológica nos últimos 5 anos?	4,0	2,3	6,2	2,5	4,2	2,9	5,1	2,8	,002**
Que grau de dificuldade tem atualmente no acesso a materiais cirúrgicos de inovação tecnológica?	3,7	3,0	3,4	,6	6,0	1,0	4,9	2,8	,001***
Preocupa-se com a gestão do orçamento dos atos cirúrgicos, tendo em conta o financiamento do seu hospital (<i>i.e.</i> despesas inerentes ao tratamento dos seus doentes, como a escolha de materiais cirúrgicos de maior qualidade)?	6,2	2,6	7,9	2,5	7,6	2,4	6,9	3,0	,034*
De que modo a eficácia e/ou a eficiência da sua atividade podem depender da qualidade dos materiais que utiliza nas suas cirurgias?	7,5	2,1	7,1	2,2	8,3	2,0	8,0	2,7	.110

Legenda: 0 – Menos impacto 10 – Mais impacto; M – Média; DP – Desvio Padrão

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

a) Médicos que trabalham em ambos os tipos de hospitais e responderam às questões relativas aos hospitais públicos.

b) Médicos que trabalham em ambos os tipos de hospitais e responderam às questões relativas aos hospitais privados.

a) *De que modo as atuais restrições orçamentais se fazem sentir na manutenção das estruturas (obras, construção de novas unidades, manutenção de ar condicionado/ de outros equipamentos, outros...)?*

Esta questão revela um efeito significativo nas respostas dos cirurgiões em exclusividade no setor público, que apontam para uma afetação muito negativa dos constrangimentos económicos nas condições físicas dos hospitais. Esta realidade não é acompanhada pelos cirurgiões do setor privado, ao demonstrarem que esta afetação não é relevante, e verifica-se muito distante das opiniões dos que trabalham em ambos os setores. A figura 20, que corresponde a um corredor de um hospital público, evidencia camas encostadas em corredores dos hospitais, por falta de manutenção, o teto desalinhado e o chão com sinais de deterioração.

Figura 20 - *Camas encostadas por falta de manutenção*



b) *De que modo se alterou o seu acesso a equipamentos ou dispositivos médicos de inovação tecnológica nos últimos 5 anos?*

$F(3, 185) = 5.065, p = .002$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori*, numa escala em que 0 significa “piorou bastante” e 10 significa “melhorou bastante”, indica que os cirurgiões que trabalham em hospitais privados percebem uma melhoria no acesso à tecnologia médica, enquanto os que trabalham em hospitais públicos ou os que trabalham em ambos os tipos de hospitais, quando respondem à questão sobre os hospitais públicos detetam que esta condição piorou;

c) *Que grau de dificuldade tem atualmente no acesso a materiais cirúrgicos de inovação tecnológica?*

$F(3, 188) = 5.610, p = .001$ - o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os médicos que trabalham em ambos os setores da saúde – e podem, por isso, revelar um termo comparativo - percebem uma facilidade superior no acesso a materiais cirúrgicos inovadores no setor público do que no setor privado. Em geral, os que trabalham em exclusividade em cada um dos setores sentem mais ou menos o mesmo grau de dificuldade, ou seja, um grau de dificuldade elevado na aquisição de novas tecnologias. Este não deixa de ser um ponto controverso: de um modo geral, os cirurgiões registam que há uma melhoria no acesso à tecnologia nos últimos 5 anos, contudo substancialmente melhorado no setor público. A estas duas questões, a natureza substantiva dos relatos abaixo de cirurgiões, enfermeiros, administradores e logística responde com alguma controvérsia nos pontos de dificuldades inerentes às aquisições nos hospitais públicos; se, por um lado, a administração e a logística reconhecem alguma limitação (essencialmente, a morosidade) ultrapassável, os utilizadores reforçam a complexidade associada à obtenção de materiais de uso corrente, com maior ou menor peso consoante o hospital. Já no setor privado, o testemunho recolhido da direção logística mais adiante transcrito expõe o contrário ao resultado das respostas dos cirurgiões, ou seja, para além de não ter sido registada qualquer limitação, houve ainda maior eficiência na área das compras. Globalmente, os cirurgiões e os enfermeiros sentiram o impacto da *Troika* e do investimento nulo em material e recursos humanos durante e após os 3 anos de implementação do Memorando, independentemente da fundamentação – inclusivamente, o carácter económico – que profissionais e diretores pudessem apresentar para justificar a entrada de recursos. Os administradores, por seu turno, veiculam um forte enfoque no que são as aquisições de tecnologia cirúrgica, de modo a responderem às necessidades dos cirurgiões e dos seus doentes, não sem uma estreita análise de custo-benefício. São dois pesos controversos com a mesma medida, como podemos observar pelos testemunhos recolhidos:

Deixámos de ter materiais de qualidade à nossa disposição, tanto, não temos, hmmm... deixámos de poder usar, por exemplo, na cirurgia, temos caixas com 30 e 40 anos a uso, para não... hmmm, nunca mais se comprou uma caixa de cirurgia! [Exaltação.] As tesouras não cortam! Não cortam mesmo! As pistolas de sutura automática são todas chinesas, muitas delas com montes de erros

que nos obrigam a tomar decisões cirúrgicas às vezes e até acidentes deploráveis... a não poder evoluir, dentro do campo da cirurgia... doentes, estamos ultimamente na era da laparoscopia e estamos a regredir novamente... antigamente, era tudo feito por laparoscopia e, neste momento, sentimos um travão terrível e não podemos progredir, porque não é posto o material à nossa disposição. Nós aqui fomos pioneiros na cirurgia há 30 anos, pá, estamos completamente a voltar pra trás, cada vez a fazer menos, não é?

(AO210318, cirurgião)

Mas o foco... o maior enfoque do administrador hospitalar no [nome do hospital] é os concursos do bloco operatório, porque tem muito maior valor e maior quantidade e maior possibilidade de redução de custos ou melhoria de qualidade do produto. (...) No [nome do hospital], todos os concursos, sejam de qualquer área [cirúrgica ou médica] que digam respeito, têm como presidente do júri sempre um administrador, ou seja, qualquer cirurgião, por muito boa vontade e muita casuística que tenha de qualquer produto, só consegue introduzir com uma autorização prévia do conselho de administração e sabe que, ao mesmo tempo, precisa de um administrador, no caso... no meu caso, precisa de mim para conseguir introduzir ou um produto novo ou para melhorar um produto que já exista, mas que... ou por questão de preço ou por questão de qualidade é necessário concursar novamente.

(DM220421 – Administrador)

(...) Temos de fazer sempre uma análise custo-benefício, que é o que fazemos e depois apostamos... normalmente, a escolha médica é no que estão mais habituados, nos que lhes dão mais garantias de... de resultados positivos, e nós nisso... normalmente, eu, pelo menos, em 36 anos que presido hospitais, articulo sempre com... com os médicos e falo sempre, mesmo quando eles querem outro equipamento ou material que é muito mais caro, têm... têm que me justificar, a mim e à diretora clínica, o porquê disso, mas... estou a ver, por exemplo, o problema das próteses... é completamente diferente nós aceitarmos uma prótese a um jovem que teve um acidente de... de viação, por exemplo, com 20 ou 30 anos, e que precisa de uma prótese topo de gama, ou irmos pôr uma prótese topo de gama a um idoso, com todo o respeito que nós temos pelos idosos, com 95 anos e... para lhe pôr uma prótese de anca e irmos-lhe pôr uma... uma de... uma topo de gama, quando sabemos que não vai ser... pronto, que não vai ter o... não vai andar, não vai correr, não vai fazer essas coisas todas. Portanto... essa análise custo-benefício é, fundamentalmente, sempre pensando no doente que nós decidimos.

(RA291020 – Presidente do CA)

Houve [durante a Troika] muita, muita dificuldade na... na parte orçamental. Havia muitos cortes, muitos mesmo. Queriam fazer... as cirurgias na mesma, mas não queriam [a administração] gastar material, não queriam comprar. Houve muita dificuldade na... na aquisição de certos

produtos. Chegámos mesmo a ter de cancelar algumas cirurgias. (...) Na época da Troika o que interessava era o mais barato e não importava... e, aliás, isso estava... estava em decreto-lei.

(MAO131020 - Funcionário da Logística)

Lembro-me que... por exemplo, ali pós-memorando de entendimento, até houve um efeito bastante positivo, quando houve, salvo o erro, o ministro Paulo Macedo, ainda na altura foi o ministro Paulo Macedo/FMI, houve ali uma injeção de capital grande para pagar dívidas a fornecedores, o que na realidade até foi... foi ótimo para o setor público e também teve bons benefícios para o setor privado (...) A ter dívidas de... a fornecedores... não servem para nada, a não ser para ter os produtos... para comprar produtos mais caros, porque, na prática, o fornecedor tem de incorporar no preço de venda o... o custo, financiar aquele pagamento a... a 200/300/400 dias, não é? Portanto... Nesse sentido, até acho que as coisas se tornaram bastante mais eficientes.

(MA061120 – Direção de Logística, Hospital Privado)

d) Preocupa-se com a gestão do orçamento dos atos cirúrgicos, tendo em conta o financiamento do seu hospital?

$F(3, 228) = 2.937, p = .034$ - o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões evidenciam uma preocupação em qualquer das circunstâncias de exercício da sua atividade. Os que trabalham em hospitais privados revelam uma preocupação ligeiramente mais elevada do que os que trabalham em hospitais públicos, mas não difere significativamente da opinião dos que trabalham em ambos os setores quando respondem às questões sobre cada um dos setores. No âmbito desta pergunta, apesar de alguns respondentes considerarem não ser chamados a opinar sobre a matéria, as respostas são muito consensuais: há uma consciência generalizada com a poupança nos procedimentos cirúrgicos. Aliás, quando estes cirurgiões – que podem ser diretores de serviço ou assistentes hospitalares, i.e., não há diferenciação pela função que exercem – são chamados a decisão concursal, os fatores de ponderação oferecem habitualmente 40% à adequação técnica e 60% ao preço dos materiais, pelo que, inevitavelmente, o cirurgião é confrontado com a necessidade de tomada de decisão económica. Por outro lado, muitos dos cirurgiões chamados a escolher os concursos nem sempre estão familiarizados, na prática, com os materiais e acabam por limitar-se à sugestão do mais barato. Existe uma certa pressão, inclusivamente na forma como os cadernos de encargos são desenhados, para que assim seja. Apesar de verificarmos uma preocupação recorrente, nem sempre e

nem todas as instituições recorrem à opinião dos cirurgiões no que concerne à escolha técnica, acabando por, maioritariamente, prevalecer o fator económico.

Obviamente que a nossa atitude e... (pausa)... hmmm... a atitude médica é muito importante depois nos custos, mas por toda uma série de situações económicas – e não só! Essa responsabilidade está a ser cada vez mais tirada – a meu ver, erradamente – ao médico e está a ser dada a administrações. Cada vez mais essa decisão passa menos pelo médico, por erros, também, dos médicos no passado, também havia abusos... mas agora passou-se para o outro extremo, em que agora são pessoas que não percebem, ou pouco percebem do ponto de vista de decidir coisas que depois não dão azo a bons resultados, nomeadamente na escolha de máquinas que já não passa pelo serviço, passa pelo administrador, que escolhe a mais barata, e depois começamos a ter deiscências, que não tínhamos antes...

(AS270218)

e) De que modo a eficácia e/ou a eficiência da sua atividade podem depender da qualidade dos materiais que utiliza nas suas cirurgias?

Também esta questão remete para uma unanimidade de respostas que apontam que a eficácia e a eficiência da atividade cirúrgica dependem da qualidade dos materiais usados, o que é reforçado pelas entrevistas realizadas. Os cirurgiões, na sua grande maioria, dependem grandemente deste fator, como já vimos atrás, para o melhor exercício da sua atividade e procuram, através do seu uso, oferecer o melhor tratamento aos doentes, não ignorando, porém, a associação do baixo preço à baixa qualidade. Os cirurgiões consideram que os doentes obterão melhores resultados em menor tempo quanto maior for o investimento na qualidade dos dispositivos médicos.

f) Considera que, atualmente, as regras de contenção económica nos consumos de material são iguais nos hospitais públicos, nas PPP e nos hospitais privados?

Um pouco mais de metade dos médicos (54%) discorda de que as regras de contenção económica nos consumos de material sejam iguais nos hospitais públicos, nas PPP e nos privados. Embora haja uma proporção ligeiramente mais elevada de médicos que trabalha em ambos os setores que concorda com a afirmação – (18.2%), $\chi^2(4) = 11.622, p = .020$ -, uma parte muito significativa (quase 40%), não sabe responder, o que pode dever-se ao facto de a maioria dos cirurgiões respondentes (96) trabalhar em exclusividade no setor público e, portanto, não ter informação para a avaliação do setor privado.

Tabela 14 - Regras de contenção iguais nos hospitais públicos, PPP, Privados

		Público	Privado	Ambos sobre público	Total
Não	Freq.	48	13	20	81
	% grupo	50,0%	61,9%	60,6%	54,0%
Sim	Freq.	4	1	6	11
	% grupo	4,2%	4,8%	18,2%	7,3%
Não sei	Freq.	44	7	7	58
	% grupo	45,8%	33,3%	21,2%	38,7%
Total		96	21	33	150
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Em evidência, apresentam-se os relatos mais substantivos do trabalho de campo de cirurgiões que representam os 3 setores; notamos que é mais visível, no setor privado, a necessidade de controlo de custos, embora sempre associada a uma qualidade superior no tratamento dos doentes (tendo em conta que um cirurgião que trabalhe somente neste setor pode não ter grau de comparação; nas Parcerias Público-Privadas há discrepância entre os que as entendem como instituições públicas de carácter gestor de contenção pura e os que as veem como organizações equilibradas em custo-benefício; e, no setor público, é absolutamente evidente a noção de que a contenção é maior, em virtude do seu estatuto:

Eh pá, não sei... estou neste hospital, sempre trabalhei num hospital público até vir pr'aqui. Estas condições, as condições mesmo gerais do país alteraram-se significativamente... hmmm... nestes últimos anos e, portanto, sinceramente, com toda a franqueza, não consigo comparar, porque não sei o que se passa neste e o que se passa num hospital de gestão pública. Este hospital é público, a gestão é que é privada. E eu, sinceramente, não sei o que é que se passa... hmmm... ouço dizer colegas, eles queixam-se, não se queixam, etc., agora não 'tou em condições de fazer afirmações definitivas sobre isso.

(GR060318, Parceria Público-Privada)

Os privados têm uma coisa boa, que é... eu falo com conhecimento de causa, porque trabalho nos dois lados e, enquanto puder, hei de continuar, e tenho, portanto, dirijo um estado, dirijo um serviço e no privado também dirijo outro, portanto, até sei bem quais são, como é que estão as coisas. E, na verdade, acontece que no privado é que a máquina burocrática não tem o peso que

tem no Estado. Enquanto que, no hospital do Estado, eu demoro um ano e meio para desenvolver qualquer coisa, no mínimo, se tudo correr bem, porque tenho que ter autorização disto, daquilo, e há capelinhas, depois fica esclarecido porque eu não sei quem é este nem sei para que isto serve... hmmm... e temos toda uma data de pequenas guerrinhas... hmmm.... no privado, isso não acontece. No privado, eu dirijo-me ao diretor, ao dono da instituição, e digo-lhe 'eu preciso disto, isto e isto e daquilo'! Obviamente que eu posso responsabilizar-me pelos resultados que aquilo vai ter para melhor, que é o que nos interessa. E, muito simplesmente, a pessoa que está comigo, olha, discute comigo e diz 'sim, senhora. Olha, vamos fazer isto e vamos experimentar, vamos começar a fazer isso e vamos valorizar ao fim de xis tempo'. Pura e simplesmente, vamos fazer! É uma diferença colossal!

(AC270218, Hospital Público e Hospital Privado)

V.3 – Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento dos doentes

A 3.^a dimensão de análise pretende medir o impacto das restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes A consistência interna das questões relacionadas com o impacto das restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes foi, na análise estatística, de .758 (razoável).

Tabela 15 - Consistência interna

	Cronbach's Alpha	Nr. de Items
Restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes	,758	16

Ao comparar as respostas dos cirurgiões às questões relacionadas com o impacto das restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes, em função do setor onde exercem atividade, encontram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 16 - Impacto das restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes

	Público		Privado		Ambos a)		Ambos b)		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Como evoluiu a qualidade do tratamento dos pacientes que passaram pela cirurgia geral nos últimos 5 anos?	6,0	2,5	6,1	1,9	5,0	2,7	6,1	2,4	,173

Como evoluiu a lista de espera dos pacientes que passaram pela cirurgia geral nos hospitais do SNS nos últimos 5 anos?	4,1	2,7	3,9	2,2	3,1	2,8	5,0	2,3	.127
Como evoluiu o número de camas, em geral, dos hospitais nos últimos 5 anos?	3,2	1,9	4,9	2,1	3,4	2,2	6,3	2,7	,001***
De que modo a sua prestação aos doentes em termos de tempo de dedicação em consulta e tempo de resposta cirúrgica se alterou pela economia do seu hospital nos últimos 5 anos?	3,5	2,4	5,0	2,1	3,6	2,1	5,3	2,3	,001***
A instituição em que trabalha impõe-lhe o uso de materiais cirúrgicos que não representam a melhor opção de qualidade para o tratamento dos seus pacientes?	5,3	3,1	4,6	2,7	6,2	3,1	4,5	2,8	.094

Legenda: 0 – Menos impacto 10 – Mais impacto; M – Média; DP – Desvio Padrão

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

a) Médicos que trabalham em ambos os tipos de hospitais e responderam às questões relativas aos hospitais públicos.

b) Médicos que trabalham em ambos os tipos de hospitais e responderam às questões relativas aos hospitais privados.

a) Como evoluiu a qualidade do tratamento dos pacientes que passaram pela cirurgia geral nos últimos 5 anos?

As respostas são unânimes, no sentido em que, de um modo geral, os cirurgiões-gerais consideram que a qualidade do tratamento dos doentes cirúrgicos melhorou nos últimos cinco anos.

b) Como evoluiu a lista de espera dos pacientes que passaram pela cirurgia geral nos hospitais do SNS nos últimos 5 anos?

Nesta questão, o consenso indica que a lista de espera aumentou no SNS. Esta é uma temática que será explorada no capítulo VI, pela importância que representa no tratamento e cura dos doentes cirúrgicos.

c) Como evoluiu o número de camas, em geral, dos hospitais nos últimos 5 anos?

$F(3, 181) = 20.188, p = .001$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões que trabalham em hospitais privados ou em ambos os setores, quando respondem à questão sobre os hospitais privados, percecionam um aumento das camas, enquanto os que trabalham em hospitais públicos (ou em ambos) percecionam uma diminuição das camas neste setor. Esta realidade baseia-se na transferência de doentes do

setor público para o setor privado em função do incremento da lista de espera nas instituições do SNS.

d) De que modo a sua prestação aos doentes, em termos de tempo de dedicação em consulta e tempo de resposta cirúrgica, se alterou pela economia do seu hospital nos últimos 5 anos?

$F(3, 176) = 6.225, p = .001$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os médicos que trabalham em ambos os setores, quando respondem à questão sobre os hospitais privados, afirmam uma melhoria, enquanto os que trabalham em hospitais públicos (ou em ambos) percebem que piorou nos hospitais públicos.

Esta questão relaciona-se diretamente com a percepção do aumento do número de camas no setor privado e a respetiva diminuição no setor público. O trabalho de campo permitiu apurar que os cirurgiões do setor público demonstram uma preocupação relativamente à pouca disponibilidade de tempo que lhes é atribuída pela administração, por exemplo, no tempo da consulta externa, como, aliás, já foi veiculado no ‘Caso da Senhora Maria’, no capítulo III: as consultas de cirurgia têm um *timetable* de 10 a 15 minutos, independentemente da gravidade do doente, e o cirurgião que incumpra e receba duas reclamações de doentes em espera para consulta pode ser sujeito a sanções, incluindo a mudança imposta de instituição. As consultas são, assim, um vaivém de doentes e um constante clicar de teclas no computador: muito pouco contacto visual, algum contacto físico – que justifica a consulta e permite perceber o estado da patologia e algum diálogo que pode ou não ser frutífero, dependendo da literacia de cada doente e do nível de conhecimento individual do seu estado de saúde. Está institucionalizada, no setor público, uma relação informática de cliques, em detrimento de uma relação personalizada médico-doente. Antes da burocratização médica, seria feita uma endoscopia aos doentes, em vez de um tempo passado a registar dados em sistemas informáticos.

e) A instituição em que trabalha impõe-lhe o uso de materiais cirúrgicos que não representam a melhor opção de qualidade para o tratamento dos seus pacientes?

A esta questão, são as respostas dos cirurgiões que trabalham em ambos os setores as que se destacam, embora sem grande significância estatística: verifica-se uma imposição da instituição pública ao uso de materiais cirúrgicos que não representam a

melhor qualidade para o tratamento dos doentes cirúrgicos. Não obstante, no trabalho de campo nota-se uma flexibilidade maior em alguns hospitais nas aquisições de material, de acordo com os pedidos das direções de serviço:

Acontece termos de adiar um doente por um material que ainda não chegou... ou irá chegar. E, portanto, nós vamos tentando que ele venha, para operar o doente sempre da melhor maneira possível. (...) Como médico, eu fui habituado, sempre trabalhei naquilo que se chama o SNS, que foi implementado para conseguirmos o melhor. Estamos todos a pagar o melhor para todos nós. Essa é a maneira que eu tenho para estar na medicina. Não é a maneira que o nosso governo, que o nosso Estado, melhor dizendo, nem é o governo, é o Estado atual, o nosso Estado não quer isso. O Estado atual quer sair da saúde, quanto a mim.

(AC270218)

Nas respostas às seguintes questões, as diferenças dos cirurgiões, em função do setor em que trabalham, não são estatisticamente significativas ($p > .05$):

Tabela 17 - Impacto da redução de horário, das listas de espera e da inovação nos doentes

	Público		Privado		Ambos		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Na sua opinião, a diminuição do horário de trabalho para 35 horas dos restantes profissionais de saúde dos hospitais públicos contribuiu para o aumento das listas de espera?	4,6	2,8	4,1	2,8	4,5	3,4	,781
De que modo o aumento das listas de espera de cirurgia afeta a saúde dos pacientes?	2,7	2,6	2,5	2,3	2,4	2,5	,884
Na sua opinião, o acesso à inovação tecnológica influencia positiva ou negativamente o tratamento do seus pacientes?	7,8	2,4	7,4	2,5	7,4	2,8	,609
De que modo a diminuição do horário de trabalho para 35 horas no setor público contribuiu para o aumento do número de cirurgias no setor privado?	5,5	3,1	4,0	2,3	5,0	2,8	,096

Legenda: 0 – Menos impacto 10 – Mais impacto; M – Média; DP – Desvio Padrão

Através destes resultados, pode aferir-se que os cirurgiões-gerais do setor público consideram que a diminuição do horário de trabalho de alguns grupos profissionais contribuiu para um aumento das listas de espera e condicionou um aumento do número de cirurgias no setor privado. De modo geral, os cirurgiões acreditam que a inovação tecnológica tem uma influência positiva no tratamento dos doentes, mas que as listas de espera não representam um grande impacto na saúde dos doentes.

No total dos inquiridos, 70,2% respondem negativamente à questão “já sentiu necessidade de referenciar algum doente porque o seu hospital não lhe garantia o melhor tratamento em virtude de contenção económica (exclua a referência para centros de 1.ª linha)?”. As diferenças nas respostas dos médicos em função do tipo de hospital onde trabalham não são, contudo, estatisticamente significativas, $\chi^2 (3) = 2.599, p = .458$.

Tabela 18 - Referência por ausência de condições de tratamento

		Público	Privado	Ambos sobre público a)	Ambos sobre o privado b)	Total
Não	Freq.	65	14	18	21	118
	% grupo	66,3%	77,8%	69,2%	80,8%	70,2%
Sim	Freq.	33	4	8	5	50
	% grupo	33,7%	22,2%	30,8%	19,2%	29,8%
Total	Freq.	98	18	26	26	168
	% grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

a) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital público onde trabalham.

f) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital privado onde trabalham.

Como foi veiculado, a referência para hospitais de ‘fim de linha’ ou de ‘1ª linha’ são frequentes, principalmente por hospitais do grupo I, que são os que apresentam menos valências médico-cirúrgicas. Esta questão não se refere às referências de ordem natural por inexistência de especialidades nestes hospitais, mas sim a situações em que, por via da indisponibilidade de recursos, os cirurgiões têm que solicitar a transferência dos seus doentes. O resultado das entrevistas confirma os do inquérito, ou seja, não se transferem habitualmente doentes por inexistência de recursos. Todavia apuraram-se algumas exceções, aqui exemplificadas por este testemunho:

Já o fizemos... Porque esse sítio conseguiu ter alguma qualidade. Por exemplo, o... posso referir o hospital [nome do hospital referenciado] no tratamento do abdómen difícil... doentes muito complicados... não nos foi permitido fazer a transferência do doente porque o hospital de referência não era esse, portanto, tivemos que usar outras artimanhas, dar alta ao doente e dizer ao doente para ir lá ter numa urgência ou uma coisa do género, não é? Porque o hospital não nos permite fazer essas transferências, portanto, temos tido alguns problemas nessa área... temos tido muitos...

O trabalho empírico permitiu-nos inferir o quanto a ausência de anestesistas contribuiu para o aumento das listas de espera dos doentes cirúrgicos. Esta ausência – maioritariamente verificada na zona centro-sul do país, onde existe uma maior afluência populacional aos hospitais privados – é explicada pela maior procura desta especialidade pelo setor privado, aliada a melhores condições de trabalho e remuneratórias⁶². Com a introdução da Nova Gestão Pública, os hospitais EPE passaram a oferecer pacotes remuneratórios distintos entre si e, por outro lado, a concorrência dos prestadores privados na captação de recursos humanos altamente diferenciados nas áreas médicas deixou os hospitais públicos em desvantagem (Correia, 2012). A posse da *expertise* assumiu-se como um recurso determinante na diferenciação médica na procura de lugar no mercado de trabalho, enquanto a saída de um profissional do serviço público põe em causa os anos de formação (*id.*, pp.99-102). Neste sentido, o volume operatório, e a produtividade que lhe é inerente, diminui exponencialmente nos hospitais que não têm capacidade de contratar a mais alto preço e os doentes em espera no SNS acabam por tornar-se um fardo nas listas dos cirurgiões, como podemos perceber pelo excerto da entrevista que se segue:

“Antes de a pandemia começar, nós podíamos dizer, se nós fôssemos fazer uma análise SWOT... num serviço cirúrgico, qual é a principal ameaça, a principal fraqueza de um serviço cirúrgico? A gente diria: ‘olhe, escassez de anestesia’. Todos os anestesistas sofrem do mesmo problema ainda... de um modo muito mais acentuado, porque eles são absolutamente necessários para um hospital. E, portanto, lá voltamos ao mesmo problema de fuga de anestesistas para o setor privado e do setor privado para o estrangeiro. Todos os que são formados, muitos não ficam no nosso hospital, porque é um hospital embora público, é um hospital onde há uma carga de trabalho de

⁶² De acordo com o Observatório Europeu de Políticas de Sistemas de Saúde (2021), a ACSS é responsável pelo recrutamento de recursos humanos para os hospitais do SNS, após uma análise da ARS das necessidades em cada região. O *output* é enviado à administração central para avaliação e lançamento de concursos com regras concordantes com os Orçamentos de Estado anuais, os quais podem implicar a aplicação de incentivos financeiros ou não financeiros para a contratação de médicos em determinadas áreas de necessidade, regimes especiais para contratação de médicos jubilados ou regimes de mobilidade temporária. O resultado deve ser aprovado pelo Ministério das Finanças, mas há, contudo, contratos individuais que não se encaixam neste tipo de contratação e aos quais não se aplicam as regras de funcionalismo público, apesar de, cada vez mais, as regras para os funcionários públicos na saúde se aproximarem das relações laborais privadas. *Vd.* www.hspm.org.

urgência muito, muito grande e, portanto, há muita gente que acaba por preferir estar num hospital mais periférico do que estar num hospital desta dimensão.”

(PN250121 – Diretor de Departamento de Cirurgia, não cirurgião)

V.4 – Influência dos stakeholders nas práticas dos cirurgiões

A 4.^a dimensão de análise avalia a influência dos *stakeholders* nas práticas dos cirurgiões. São 119 (78,8%) os cirurgiões que respondem que o Comité de Ética não tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas e opções de tratamento dos doentes, como se constatou no capítulo anterior, e as diferenças nas respostas dos médicos em função do tipo de hospital onde trabalham não são estatisticamente significativas, $\chi^2 (3) = 2.599, p = .458$ (vd. tabela 19).

Tabela 19 - Influência do Comité de Ética na tomada de decisão

		Público	Privado	Ambos sobre público a)	Ambos sobre o privado b)	Total
Não	Freq.	57	13	23	26	119
	% grupo	71,3%	86,7%	82,1%	92,9%	78,8%
Sim	Freq.	23	2	5	2	32
	% grupo	28,7%	13,3%	17,9%	7,1%	21,2%
Total	Freq.	80	15	28	28	151
	% grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

a) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital público onde trabalham.

b) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital privado onde trabalham.

A mesma realidade não se reproduz na questão sobre a influência do Departamento de Logística/Compras nas suas tomadas de decisão relativamente às opções no que respeita à escolha dos materiais mais adequados ao tratamento dos seus pacientes, em que 67,6% dos inquiridos respondem afirmativamente. Não obstante, as diferenças nas respostas dos médicos em função do tipo de hospital onde trabalham não são estatisticamente significativas ($\chi^2 (3) = 6.249, p = .100$):

Tabela 20 - Influência do Departamento de Logística/Compras na tomada de decisão

		Público	Privado	Ambos sobre público a)	Ambos sobre o privado b)	Total
Não	Freq.	30	6	5	14	55
	% grupo	32,3%	35,3%	16,7%	46,7%	32,4%
Sim	Freq.	63	11	25	16	115
	% grupo	67,7%	64,7%	83,3%	53,3%	67,6%
Total	Freq.	93	17	30	30	170
	% grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

a) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital público onde trabalham.

b) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital privado onde trabalham.

Esta influência é explicada por diferentes abordagens de diretores e funcionários de Departamentos de Logística; a 1.^a é a abordagem de um grupo privado que detém uma PPP e explica a supremacia deste departamento na decisão de compra pelo facto de existir um grupo fixo de decisores por área de produtos, uma vez que, alega, é impossível a envolvência de todos os utilizadores; o segundo testemunho resume as atuais condições de aquisição nos hospitais públicos: *a*) a existência de um grupo de compras centralizado dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)⁶³, que assume o controlo das aquisições dos dispositivos que maior volume de despesa representam para o ministério e impõe as decisões contratualizadas às instituições; e *b*) a maior preponderância do fator preço nas escolhas concursais de cada hospital:

Nós temos processos internos de avaliação de... de dispositivos médicos, quer quando se troca de fornecedor, quer quando se... se lançam concursos para... quer quando há inovação, envolvemos sempre os... os utilizadores para... para nos ajudarem a avaliar. Não envolvemos todos os utilizadores (...) O que fazemos, especificamente, é nomear... pessoas, experts de... em cada uma das áreas, e é essa pessoa que se vai pronunciar sobre os... (por exemplo) fios que vamos adquirir agora para o grupo durante os próximos dois anos, por exemplo, e é essa pessoa, é esse médico que toma essa decisão e... e é escolhido porque sabe tomar essa decisão, é escolhido porque tem o... tem o know-how para o fazer e tem a... tem a... e os pares reconhecem a sua capacidade, e também é definido, antes de mais até, porque, depois, se correr mal, sabemos que... temos uma

⁶³ Vd. www.spms.min-saude.pt. Os cirurgiões e os departamentos de logística veem este como um organismo de controlo que adquire produtos de baixa qualidade, em função das limitações económicas impostas pelo Ministério da Saúde. Os concursos que os SPMS lançam não cobrem materiais de uso pontual e não cobrem sequer todos os materiais de consumo diário nos hospitais.

... pessoa com quem... não é culpabilizar, é uma pessoa com quem conseguimos falar (...) Nós temos unidades desde [localização dos hospitais do grupo], começámos a ter tantas unidades que, lá está, não era prático, nem era exequível estarmos a perguntar a toda a gente a sua opinião, invariavelmente, até porque a opinião de cada um de nós sobre exatamente o mesmo produto tem de ser diferente, isto não é... isto não é matemático (...)

(MA061120, Logística, Parceria Público-Privada)

Principalmente... principalmente quando... virámos centro hospitalar. Mais pequeninos, acho que sinceramente... em termos de material... porque veio dessa parte, do SA [designação anterior dos hospitais agora EPE]⁶⁴. Quando eras uma... uma entidade pública, um hospital público com administração privada, não é? Nessa altura houve... havia muito maior cuidado, quer em termos de material de consumo, maior controlo, menos falhas, tudo. Em termos de qualidade (...) E a introdução das compras centralizadas... pensam que... para mim, foi o que veio mais estragar tudo. (...) Neste momento, vêm... se calhar, das compras centralizadas, que é dos chineses, metade do preço ou menos de metade, mas se calhar a duração (...) A qualidade dos artigos, nós podíamos escolher. Neste momento, por exemplo, todos os artigos que são das compras centralizadas, tu não podes escolher nada. Ok? Nisso... havia maior... mesmo em termos de contratação pública, percebes? Era muito mais fácil, nós não éramos obrigados a seguir os contratos públicos e, neste momento, nós somos. Não é tão fácil conseguir... pá, preparar os procedimentos de forma à qualidade superar o preço, estás a perceber? Mas, pronto, mas no meio disso tudo tem-se conseguido... algumas áreas!...

(PM100221, Logística, Hospital Público)

Na questão relativa à influência da administração: no total, 68,5% dos médicos respondem afirmativamente, e verifica-se que esta interferência não depende do setor de atividade. As diferenças nas respostas dos médicos em função do tipo de hospital onde trabalham não são estatisticamente significativas ($\chi^2(3) = 6.267, p = .090$):

Tabela 21 - Influência da Administração na tomada de decisão

		Público	Privado	Ambos sobre público a)	Ambos sobre o privado b)	Total
Não	Freq.	24	6	9	14	53
	% grupo	25,3%	35,3%	32,1%	50,0%	31,5%
Sim	Freq.	71	11	19	14	115
	% grupo	74,7%	64,7%	67,9%	50,0%	68,5%
Total	Freq.	95	17	28	28	168

⁶⁴ Para maior detalhe sobre os processos de reconfiguração dos hospitais de Sociedade Anónima a EPE, vd. (Correia, 2012).

% grupo 100,0% 100,0% 100,0% 100,0% 100,0%

a) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital público onde trabalham.

b) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital privado onde trabalham.

No ponto de vista da gestão, esta ascendência tem a ver com a contratualização que o Conselho de Administração faz com cada serviço, e com a interligação indispensável para a boa organização e funcionamento dos blocos operatórios. Segundo o ponto de vista das administrações das instituições públicas, os serviços têm contratos programa com o Conselho de Administração, quer para a produção, quer para gastos, e para os gastos desviantes tentam agilizar uma comunicação com os serviços utilizadores para que haja um equilíbrio no que foi contratualizado.

“Nós estamos sempre em contacto, não é? Quer com os cirurgiões-gerais, quer com os outros cirurgiões, portanto, estamos sempre... sempre... trabalhamos verdadeiramente em conjunto, pelo menos na minha perspetiva, não sei se é a mesma, mas... pelo menos na minha perspetiva, nós trabalhamos verdadeiramente em conjunto. Tentamos tomar todas as decisões, mesmo ao nível da gestão, em conjunto, portanto, mesmo de agendamentos, doente cirúrgico e tudo mais, e existe espaço para... para ambos, quer dizer, quer para o... portanto, os cirurgiões, que têm o seu conhecimento técnico, e a área da gestão tem o seu conhecimento. Portanto, trabalhamos para tentar potenciar o melhor dos dois, e é muito nesse sentido, pelo menos, que eu tento trabalhar. É tentar, portanto, dar o meu melhor para ajudar os cirurgiões, digamos assim, e eles dão o seu melhor para ajudar a área da gestão e, portanto, acho que... acho que a nossa relação é nesse sentido. Claro que por vezes divergimos, não é? Em termos de... de opiniões, e isso é até importante, é mais construtivo... e cria alguma... para não ser muito monótono, não é? [Risos.] Mas pronto, tentamos que seja sempre assim. (...) Eu acho que há 20 anos atrás... pelo menos na perspetiva que eu tenho, eram os profissionais de saúde que faziam... portanto, há 20 anos atrás, a área da gestão era assim mais... realizada pelos cirurgiões, não é? Pelos médicos, de uma forma geral. E, portanto, aí penso que realmente deveria ser tudo muito alinhado, não é? Toda a comunicação deveria ser muito alinhada porque, lá está, eram os próprios que faziam muito essa parte da gestão. E agora, com outros profissionais que realmente são... que têm formação na área da gestão e tudo mais... por vezes... eu penso que, por vezes, se calhar, alguns médicos ou profissionais de saúde pensam ‘ah, mas não sabe bem...’ ou ‘porque não tem bem essa experiência’, pronto. Mas depois, no fundo, acabamos sempre porque seja... Eu tenho uma vantagem, porque eu sou licenciada em Enfermagem e então... algum discurso que às vezes nós vemos acontecer, que é ‘ah, mas não sabe isso porque não é profissional de saúde’... Comigo, esse tipo de coisas não acontece, esse tipo de... às vezes, de comunicação, não acontece e,

portanto, estamos todos alinhados, e eu sei o que é que é, eles sabem o que é que é, portanto, estamos... estamos todos muito alinhados nesse sentido.”

(NAJ200121, Administrador/Gestor de Blocos Operatórios)

Na questão: “O seu superior hierárquico tem influência nas suas escolhas em relação aos materiais adequados a utilizar nas suas cirurgias?”, 68,5% dos médicos respondem afirmativamente, e não existem diferenças significativas relativamente ao setor que representam ($\chi^2(3) = 5.652, p = .130$):

Tabela 22 - Influência do superior hierárquico na tomada de decisão

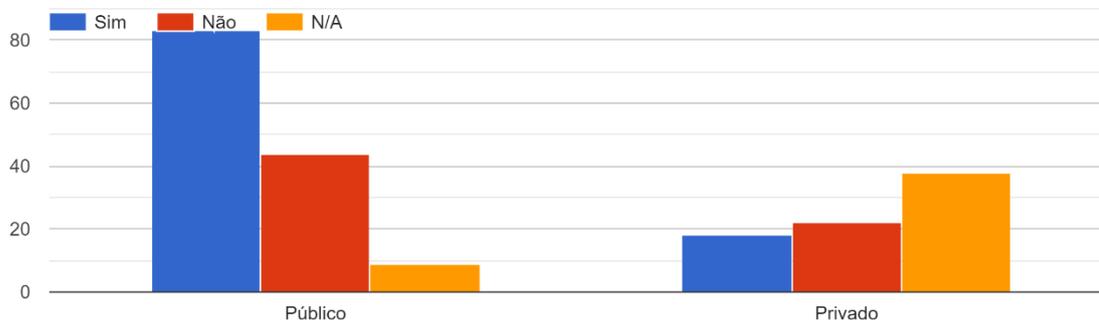
		Público	Privado	Ambos sobre público a)	Ambos sobre o privado b)	Total
Não	Freq.	35	8	9	14	66
	% grupo	34,0%	50,0%	37,5%	58,3%	39,5%
Sim	Freq.	68	8	15	10	101
	% grupo	66,0%	50,0%	62,5%	41,7%	60,5%
Total	Freq.	103	16	24	24	167
	% grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

a) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital público onde trabalham.

b) Os cirurgiões que trabalham em ambos os setores e respondem às perguntas sobre o hospital privado onde trabalham.

Gráfico 2 - Influência do superior hierárquico nas escolhas dos materiais

33. O seu superior hierárquico tem influência nas suas escolhas em relação aos materiais adequados a utilizar nas suas cirurgias?



Como verificámos anteriormente, nos grupos privados, a escolha é determinada por um conjunto limitado de utilizadores designados pela gestão e não existe subordinação dos médicos a uma ‘direção de serviço’. De um modo geral, nos hospitais públicos, a escolha de materiais depende da aprovação do diretor de serviço, que negocia um orçamento anual de gastos e produtividade com a administração. Por norma, o diretor de serviço acolhe a opinião dos seus subordinados, salvaguardando os interesses económicos da instituição, com as devidas condicionantes inerentes à qualidade. Não obstante, não podemos ignorar que nem todos os diretores acolhem a opinião dos seus profissionais e optam por tomar decisões individuais que nem sempre servem os interesses de todo o serviço. Esta análise justifica-se com os excertos que se transcrevem:

A qualidade e a capacidade que as pessoas têm de manusear determinados objetos, quer sejam fios, quer sejam próteses, quer sejam materiais, deve ser exaustivamente considerada, porque se for só o mais barato, mas depois a pessoa não estiver habituada e gastar e deitar fora, não tem vantagem nenhuma. Agora, isto há aqui uma razoabilidade que não é fácil de... reconheço que não é fácil de... de pôr em prática, mas... pronto, é a minha maneira de ser e é dentro deste campo que eu me... me organizo e faço por que as pessoas tenham aquilo que é necessário. Eu estou sempre a tentar saber o que é que querem, o que é que não querem, o que é que faz falta, mas depois também faço a minha triagem, porque às vezes querem coisas que é... A gente, quando casa, também queria ter uma mulher sempre bonita, sempre elegante, que estivesse sempre pronta para sair e para jantar fora, e depois, com a vida fora, cada um tem os seus afazeres e não pode ter isso e, portanto... a gente gostaria também de melhor informática, de melhor... melhores materiais, melhor tudo, mas não é possível!

(JC230719 – Diretor do Serviço de Cirurgia – Hospital Público)

(...) Mas, eu sei, tenho objetivos a atingir... o custo por doente, digamos, os custos com o material de consumo clínico, produtos farmacêuticos, ahh, etc., etc., etc. Digamos que são regularmente monitorizados e que me permitem, digamos, acompanhar os desvios às metas que estão contratualizadas. (...) Eu escolho, digamos... os materiais, e digo a quem é responsável pela sua obtenção, digamos, quais são os fundamentos para essa escolha. E, portanto, tenho sempre a preocupação de não deixar noutras mãos aquilo que é uma decisão técnica ou científica e que não é essencialmente uma questão comercial, tendo em... hmmm, a noção clara de que, digamos, terei que otimizar o mais possível esta relação e, portanto, não cair no lugar comum de querer o mais caro ou o melhor de qualquer maneira... portanto, tenho que encontrar o equilíbrio entre a qualidade, que garanta uma eficácia e eficiência de todos os instrumentos que posso ter ao meu dispor, mas que, naturalmente, são adquiridos por terceiros.

Apesar de a direção de serviço ser a hierarquia superior mais direta dos cirurgiões gerais, a direção do departamento cirúrgico também tem uma responsabilidade de gestão de toda a sua atividade, podendo exercer influência na tomada de decisão e atuar como mediador de comunicação entre a gestão de topo e os profissionais. A direção de área cirúrgica engloba a cirurgia geral, a gastroenterologia, a urologia e o transplante (no caso dos hospitais do grupo III), e representa um lugar de confiança do conselho de administração. O conselho de administração define as suas estratégias, os diretores de área têm a função de as transmitir aos serviços e estes põem-nas em prática. Este é visto como um cargo de ponte, que agrega áreas de afinidade e divide os recursos pelas diversas áreas.

Sempre vivi com grande facilidade essa ligação entre os operacionais e os decisores executivos do... do hospital. Portanto, no meu caso, embora tenha sempre muitas queixas de toda a gente, eu acho que aqui também há um problema dos próprios operacionais, que não aceitam as decisões de cima e os de cima, que não... comunicam mal com... com os seus operacionais. Há um problema grave de comunicação em todo o lado. Mas eu, felizmente, nunca tive grandemente esse problema, até porque... desde há muitos anos que tenho um cargo... cargos de liderança e essa... e esse problema de comunicação... tem sido sempre uma das minhas estratégias não haver esse problema de comunicação. Portanto, eu não... por acaso eu nunca... não assisto muito a isso. Confrontos existem, fazem parte da... da vivência humana... desde que haja interesses distintos, e esses interesses são sempre distintos entre... entre um conselho de administração e... os próprios níveis intermédios de gestão e depois o nível mais operacional, mas aquilo que eu vejo, que eu tenho visto na minha experiência de vida, é que as pessoas são boas e têm todas um objetivo que é fazerem o melhor possível para o seu hospital. Isso eu tenho encontrado. E, portanto, não tenho tido esse grave problema de desencontro. Às vezes, como digo, é um problema de comunicação... As pessoas, como não falam, ou há uma dificuldade de falarem umas com as outras, isso pode existir. Achar-se que o conselho de administração tem objetivos que não são os da construção de um bom hospital, de o conselho de administração achar que os seus médicos têm outros objetivos que não são também... esse... tornar o seu hospital uma melhor instituição. Mas eu, como lhe digo, felizmente, pelo menos até hoje, não tenho tido esse problema. Tenho outros problemas, não é? Como o problema de termos uma barreira, uma parede, e não se conseguir ultrapassar pela escassez de recursos, pela... sobretudo pela escassez de recursos humanos... escassez de recursos económicos, mas mais pelos recursos humanos.

(PN250121 – Diretor do Departamento de Cirurgia de um Hospital Público)

Durante as entrevistas, os cirurgiões foram questionados se outro *stakeholder*, o departamento de recursos humanos, teria alguma influência na atividade dos cirurgiões, tendo as respostas sido negativas. Nesse sentido, abordamos a direção deste departamento em alguns hospitais, no sentido de apurar as dinâmicas de trabalho entre os indivíduos e a gestão dos recursos humanos. O papel da Gestão de Recursos Humanos (GRH) nas instituições públicas é meramente burocrático. A gestão efetiva, no que concerne ao profissionalismo enquanto conhecimento especializado (Freidson, 2004), é feita pela direção de serviço ou pela direção do departamento de cirurgia. Os processos para a contratação de pessoal são idênticos em todas as áreas da administração pública. Não obstante, não é apanágio dos hospitais PPP ou dos privados, que têm uma contratação direta e uma gestão das pessoas mais personalizada. No entanto, o que aqui se esclarece é que não há uma influência direta deste organismo de gestão na atividade ou na tomada de decisão da cirurgia.

O recrutamento é feito por concurso público: publicações em Diário da República, apresentação de candidaturas, avaliação curricular, prova de seleção e depois os resultados finais... O recrutamento na administração pública não envolve testes psicotécnicos, testes de aptidão. (...) Na área clínica há uma portaria que define os procedimentos concursais e está ali chapado o que tem que ser seguido, ponto a ponto. (...) O CA tem a responsabilidade da gestão de recursos humanos a nível macro, a nível de Conselho de Administração, cada um tem uma área para fazer a gestão de recursos. O departamento de RH faz a gestão administrativa, e a gestão operacional é feita por estes conselhos de gestão. (...) Quando eu digo que estas UAG [Unidades Autónomas de Gestão] fazem a gestão dos médicos, não é bem... eles fazem uma gestão... uma tentativa de apoio à gestão, porque... normalmente, quem gere os médicos do serviço de cirurgia é o diretor do serviço de cirurgia e o diretor do departamento de cirurgia. Não é o gestor... (...). A gestão prática é muito diluída: o CA faz, o diretor de serviço faz... o diretor de departamento faz... (...). Eles, no privado, conseguem fazer um pouco mais de Gestão de Recursos Humanos direta do que propriamente os hospitais públicos, mas também não fazem (e eu conheço bem pela minha recente experiência num hospital PPP) a GRH como numa empresa privada... É impossível, porque a dimensão não o permite – só se tivesse um Departamento de Recursos Humanos (DRH)⁶⁵ gigante! (...) Se me perguntar o sistema que eu acho melhor... eu penso que o sistema dos hospitais PPP faz muito mais sentido. Eu penso é que era preciso um pouco mais de cultura organizacional nos hospitais EPE para nós lá chegarmos. Abrir um DRH que não faça a gestão direta dos médicos e enfermeiros, porque isso é quase impossível, mas que faça uma parte substancial dessa gestão, que neste momento, nos hospitais públicos, não é possível, mas nos hospitais privados se faz (...).

⁶⁵ Departamento de Recursos Humanos.

É uma questão cultural; as áreas clínicas, nomeadamente as áreas médicas de enfermagem, permitir que a parte que não é técnica... porque nenhum gestor de recursos humanos quer envolver-se com a prestação de cuidados médicos que o clínico faz! Claro que nenhum de nós vai para a sala de cirurgia dizer 'ó doutor, você 'tá a operar mal!', até porque não temos competências técnicas para o fazer... A questão é que a parte da gestão desta atividade, em termos de produtividade, de ausências ao serviço, em termos de motivação e de avaliação de desempenho – que é uma coisa que eles temem perder e não deixam que terceiros as tenham, guardam entre eles – era algo que num futuro, numa cultura organizacional diferente, poderia passar para um DRH. Se estudar as carreiras na saúde da administração pública, elas são muito hierarquizadas (...). Não é possível um gestor mandar em médicos. As próprias carreiras da gestão pública são hierarquizadas; o enfermeiro generalista responde ao especialista, o especialista responde ao chefe, o chefe responde ao supervisor, o supervisor responde ao diretor e não há mais ninguém acima dele! Não há o facilitismo de o gestor (...) meter muito a colher. Esse tipo de hierarquia muito enraizada era aquilo que, a mudar, poderia ajudar no papel do GRH mais clássico na administração pública...

(SM020221 – Diretor de Recursos Humanos de um Hospital Público)

V.5 – Comparação por género

Em função dos resultados obtidos, efetuamos uma comparação por género, tendo em conta que, segundo a Ordem dos Médicos, em 2019 estavam inscritas 528 cirurgiãs e 1264 cirurgiões-gerais ⁶⁶. Obtivemos os seguintes resultados nas questões de maior diferença:

Tabela 23 - Género

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
<i>Impacto das restrições económicas nas práticas</i>					
1. Sente o impacto das restrições orçamentais ... (púb.)	7,0	2,6	6,6	2,7	.507
1. Sente o impacto das restrições orçamentais ...(priv.)	5,9	2,2	4,1	3,0	.020*

⁶⁶ 528 cirurgiãs gerais de 33.981 médicas especialistas, e 1264 cirurgiões de 28.593 médicos do sexo masculino, um número semelhante aos 1778 que o INE reporta em 2013 e que se traduz numa estabilidade na entrada do número de internos para a especialidade neste período. O número de mulheres médicas em serviço hospitalar também aumentou, entre 2010 e 2015, em cinco valores para os 55,7%, tendência que se vem verificando nos serviços de cirurgia geral, apesar de o número de mulheres não atingir ainda 50% do número de homens na especialidade. Informação disponível em <https://www.hspm.org>.

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
2. Sente-se fustigado por um desgaste físico ... (púb.)	6,4	2,8	6,2	3,0	.738
2. Sente-se fustigado por um desgaste físico ... (priv.)	4,0	2,4	3,1	2,8	.282
3. Sente-se afetado nas suas condições de trabalho ... (púb.)	4,9	2,9	4,9	3,1	.997
3. Sente-se afetado nas suas condições de trabalho ... (priv.)	2,4	2,5	1,7	2,7	.483
4. Na sua opinião, de que modo o acesso à inovação ... (púb.)	7,9	2,2	8,2	2,2	.449
4. Na sua opinião, de que modo o acesso à inovação ... (priv.)	7,6	2,4	7,6	2,7	.993
5. Como classifica a influência que o acesso ... (púb.)	7,9	2,2	8,1	2,1	.622
5. Como classifica a influência que o acesso ... (priv.)	7,4	2,4	7,9	2,5	.451
6. A sua opinião sobre a escolha de materiais ... (púb.)	3,8	3,0	4,6	2,8	.161
6. A sua opinião sobre a escolha de materiais ... (priv.)	4,4	3,4	6,1	2,5	.101
<i>implicações éticas em casos de exceção</i>					
12. Na sua opinião, as restrições económicas ...	6,2	2,4	6,0	2,8	.749
13. Considera que os condicionalismos económicos ...	4,7	2,6	4,1	3,1	.241
<i>Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais</i>					
14. De que modo as atuais restrições orçamentais ... (púb.)	3,6	3,2	3,7	3,2	.830
14. De que modo as atuais restrições orçamentais ... (priv.)	3,9	3,0	5,0	3,2	.241
15. De que modo se alterou o seu acesso a ... (púb.)	3,9	2,4	4,1	2,5	.649
15. De que modo se alterou o seu acesso a ... (priv.)	5,3	2,7	5,5	2,8	.841
16. Que grau de dificuldade tem atualmente ... (púb.)	3,8	2,5	4,4	2,6	.227
16. Que grau de dificuldade tem atualmente ... (priv.)	5,1	2,4	5,7	2,9	.508
17. Preocupa-se com a gestão do orçamento ... (púb.)	6,6	2,5	7,5	2,6	.047*
17. Preocupa-se com a gestão do orçamento ... (priv.)	6,6	2,5	7,0	3,0	.581
18. De que modo a eficácia e/ou a eficiência ... (púb.)	7,4	2,3	8,0	1,9	.132
18. De que modo a eficácia e/ou a eficiência ...	7,7	2,6	7,7	2,6	.991
<i>Impacto das restrições económica na qualidade tratamento</i>					
20. Na sua opinião, como evoluiu a qualidade ... (púb.)	5,5	2,5	5,9	2,7	.330
20. Na sua opinião, como evoluiu a qualidade ... (priv.)	5,3	2,7	6,5	1,9	.104
21. Na sua opinião, como evoluiu a lista ... (púb.)	3,8	2,4	4,1	3,0	.504

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
21. Na sua opinião, como evoluiu a lista ... (priv.)	4,2	2,7	5,1	2,3	,325
22. Na sua opinião, como evoluiu o número ... (púb.)	3,4	2,1	3,1	1,9	,356
22. Na sua opinião, como evoluiu o número ... (priv.)	5,2	3,4	6,2	2,2	,230
23. De que modo a sua prestação aos doentes ... (púb.)	3,1	2,0	4,0	2,4	,017*
23. De que modo a sua prestação aos doentes ... (priv.)	4,0	2,9	5,6	1,9	,036*
24. Na sua opinião, a diminuição do horário ...	4,7	2,6	4,2	3,2	,307
25. De que modo o aumento das listas de espera ...	2,4	2,5	2,7	2,6	,475
26. Na sua opinião, o acesso à inovação ...	7,6	2,6	7,7	2,4	,697
27. A instituição em que trabalha impõe-lhe o ... (púb.)	5,9	2,9	5,1	3,3	,184
27. A instituição em que trabalha impõe-lhe o ... (priv.)	5,5	2,3	4,1	2,8	,094
28. De que modo a diminuição do horário ...	5,6	2,6	4,8	3,1	,087

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ M – Média DP – Desvio padrão

a) *Sente o impacto das restrições orçamentais no hospital em que trabalha?*

No setor privado ($t(52) = 2.435$, $p = .020$), as cirurgiãs sentem significativamente mais impacto do que os cirurgiões (5.9 vs 4.1);

b) *Preocupa-se com a gestão do orçamento dos atos cirúrgicos, tendo em conta o financiamento do seu hospital?*

No setor público ($t(129) = -2.010$, $p = .047$), os cirurgiões preocupam-se mais do que as colegas (7.5 vs 6.6);

c) *De que modo a sua prestação aos doentes, em termos de tempo de dedicação em consulta e tempo de resposta cirúrgica, se alterou pela economia do seu hospital nos últimos 5 anos?*

No setor público ($t(132) = 2.169$, $p = .017$), as médicas sentem mais que a sua prestação piorou (3.1 vs 4.0) do que os colegas do sexo masculino. Todavia, no setor privado ($t(44) = 1.008$, $p = .036$), são eles que sentem mais do que elas que a sua prestação melhorou (5.6 vs 4.0).

A tabela seguinte expressa a comparação entre o sexo feminino e o masculino às perguntas de resposta afirmativa:

Tabela 24 - Comparação por género (Sim)

	Feminino	Masculino	Sig.
19. Considera que, atualmente, as regras de contenção económica nos consumos de material são iguais nos hospitais públicos, nas PPP e nos privados?	2,9%	11,1%	.156
29. Já sentiu necessidade de referenciar algum doente porque o seu hospital não lhe garantia o melhor tratamento, em virtude de contenção económica (exclua a referenciação para centros de 1.ª linha)? [Público]	31,1%	34,9%	.705
29. Já sentiu necessidade de referenciar algum doente porque o seu hospital não lhe garantia o melhor tratamento, em virtude de contenção económica (exclua a referenciação para centros de 1.ª linha)? [Privado]	30,0%	17,6%	.402
30. O Comité de Ética tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas e opções de tratamento dos doentes? [Público]	30,0%	22,4%	.388
30. O Comité de Ética tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas e opções de tratamento dos doentes? [Privado]	10,0%	9,1%	1.000
31. O Departamento de Logística/Compras tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas opções no que respeita à escolha dos materiais mais adequados ao tratamento dos seus pacientes? [Público]	74,1%	69,2%	.689
31. O Departamento de Logística/Compras tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas opções no que respeita à escolha dos materiais mais adequados ao tratamento dos seus pacientes? [Privado]	66,7%	54,3%	.517
32. A sua administração tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas de materiais mais adequados e opções de tratamento dos doentes? [Público]	76,7%	69,8%	.422
32. A sua administração tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas de materiais mais adequados e opções de tratamento dos doentes? [Privado]	66,7%	51,5%	.502
33. O seu superior hierárquico tem influência nas suas escolhas em relação aos materiais adequados a utilizar nas suas cirurgias? [Público]	67,7%	63,1%	.709
33. O seu superior hierárquico tem influência nas suas escolhas em relação aos materiais adequados a utilizar nas suas cirurgias? [Privado]	66,7%	35,7%	.093

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ M- Média DP – Desvio padrão

Nesta análise, comprovamos que há um equilíbrio nas respostas dos cirurgiões e das cirurgiãs que operam no setor público e algumas diferenças de opinião entre os que exercem atividade no setor privado, o que é mais visível na referenciação (as mulheres referenciam em maior número do que os homens) e na percepção de que as regras de contenção não são, para as mulheres, idênticas nos diferentes setores da saúde.

A análise estatística contemplou ainda uma comparação por Administração Regional de Saúde. Devido à baixa dimensão da amostra, e para dar mais robustez aos testes estatísticos, foram excluídas da análise as ARS do Algarve e das regiões autónomas dos Açores e da Madeira (SRS). A diferença mais marcante encontrada concentrou-se na pergunta: “*Sente-se afetado nas suas condições de trabalho pela redução do horário de trabalho dos restantes profissionais de saúde para 35 horas?*”: $F(3, 116) = 2.804$, $p = .043$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões que trabalham no setor público da ARS de Lisboa e Vale do Tejo⁶⁷ sentem-se significativamente mais afetados do que os médicos que trabalham na ARS do Alentejo (5.6 vs 2.9).

Será de realçar que as ARS não obtêm uma contratualização por igual, pelo que as políticas implementadas em cada região podem diferir de acordo com os orçamentos atribuídos. Este testemunho resume o funcionamento de uma das cinco ARS e os correspondentes impactos da *Troika* na sua área de influência:

Portanto, nós temos autonomia económica... financeira e administrativa... O... o orçamento que temos é um orçamento que vem da ACSS e que tem um bocadinho a ver com... (...) tem mais a ver com o histórico do que... do que com... com... a evolução, não é? O que não quer dizer que a gente não consiga também ir buscar mais alguma coisa se houver alguma modificação de política que obrigue a um acréscimo de... sei lá... há tanto para pensar... subida de categoria, não é? Concursos dos médicos para subirem de categoria, o aumento dos vencimentos dos funcionários públicos, o aumento de... os aumentos ligados às carreiras de enfermagem, por exemplo, tudo isso

⁶⁷ Não muito distante da realidade de outros países europeus, a concentração dos profissionais de saúde dá-se nas duas maiores cidades costeiras: Porto e Lisboa, com uma acentuada disparidade na distribuição regional, sendo que em Lisboa existe a maior concentração, com 250 médicos do SNS por 100.000 habitantes, em comparação com o Alentejo, área geográfica caracterizada por elevadas taxas de ruralidade e de população envelhecida, que se resume a 100, o que deixa a população local descuidada. Ainda assim, o número de médicos especialistas por 100.000 habitantes cresceu em Portugal de 176 em 2010 para 189 em 2014. Informação disponível em <https://www.hspm.org>.

depois é... é... nós referenciamos os... digamos, os custos que temos associados a isso, e depois eles dão-nos... ajustam o nosso... o nosso orçamento. (...) Em relação aos vencimentos... pagamos os vencimentos da... do... do corpo central, digamos, da ARS. (...) Obviamente que quando a Troika chegou... as três áreas onde foram pegar são aquelas em que, de facto, se faz notar se houver um corte, não é? Portanto, cortaram-se os vencimentos dos... dos... dos profissionais, as horas... as horas extraordinárias passaram a metade, não é? (...) O investimento... digamos que nós tivemos um investimento... algum investimento, mas não tivemos todo aquele que queríamos... Sei lá, só para lhe dar uma ideia, havia algum investimento que era ligado com a mudança de equipamentos, não é? As instituições tinham dificuldade em... muitas vezes concretizar... conseguir ter dinheiro para a componente nacional e, portanto, digamos que muitas vezes o... o investimento não se fazia, mas por importâncias ridículas em relação ao global do investimento... porque, sei lá, a maior parte dos investimentos eram financiados a 85%, nos quadros... nos quadros comunitários eram financiados a 85%. E, portanto, era preciso cada instituição ter aquela fração dos 15% para poder... digamos... fazer o investimento. Mas tinha outro... outra componente associada, que era muito importante, que era: eu só recebo dinheiro por parte do FEDER, aquilo que se chama o FEDER, aquilo que é a componente da comunidade, depois de... ter dado cabimento a todo o investimento, ou seja, se eu tiver um investimento de um milhão ou... aquilo que eu vou receber da... da componente... da componente europeia são 85% de um milhão. Aquilo que eu sou obrigado a pagar são os 15% de um milhão, mas quando eu assumo o investimento, eu tenho que ter cabimento para o investimento. Está a ver? Portanto, eu tenho que ter um milhão para poder então depois fazer. Porquê? Porque é contra fatura, ou seja, eu tenho que pagar primeiro a fatura e depois, a seguir, é que a comunidade me dá o dinheiro correspondente a essa fatura. E, portanto, digamos que... a quebra do investimento não teve muitas vezes a ver com, digamos, a componente nacional que, às vezes, era... ínfima, tinha a ver com a necessidade de ter cabimento orçamental para a totalidade do investimento que se ia fazer, embora depois a pessoa fosse buscar o dinheiro, mas primeiro tinha que ter o dinheiro.

(AF101219 – Presidente de uma Administração Regional de Saúde)

V.6 – Comparação por categoria profissional

No comparativo por categoria profissional, de um modo geral, podemos compreender alguns alertas nos seguintes resultados:

- a) É a opinião dos assistentes graduados seniores que trabalham no setor público a mais ouvida na escolha dos materiais cirúrgicos ($F(2, 114) = 5.379, p = .006$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica uma preocupação mais elevada que a dos assistentes: 6.1 vs. 3.7);

- b) São os graduados seniores do setor público que mais positivamente avaliam a qualidade de tratamento dos seus pacientes nos últimos 5 anos ($F(2, 120) = 5.240$, $p = .007$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica uma significativa diferença quando comparados com a opinião dos assistentes (7.2 vs 5.1);
- c) São estes também os que consideram que a lista de espera melhorou muito nos últimos 5 anos ($F(2, 120) = 5.038$, $p = .047$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os assistentes graduados seniores consideram que melhorou mais do que os assistentes graduados ou os assistentes: 5.7 vs 3.9 e 3.5);
- d) Na mesma linha, estes são os que relatam que a sua prestação aos doentes, em termos de tempo de dedicação em consulta e tempo de resposta cirúrgica, melhorou muito no mesmo período ($F(2, 119) = 7.589$, $p = .001$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica uma diferença significativa dos assistentes graduados ou dos assistentes (5.5 vs 3.3 e 3.53).
- e) À pergunta “*considera que, atualmente, as regras de contenção económica nos consumos de material são iguais nos hospitais públicos, nas PPP e nos privados?*”, há uma proporção significativamente mais elevada de assistentes graduados a responder afirmativamente (teste de Fisher, $p = .006$);
- f) Verifica-se, igualmente, uma proporção significativamente mais elevada de assistentes do setor público a responder afirmativamente (teste de Fisher, $p = .008$) sobre a necessidade de referência de doentes para outras unidades em função de não se poder garantir-lhes o melhor tratamento, por escassez económica;
- g) Há uma proporção significativamente mais baixa de assistentes graduados seniores do setor público a considerar uma interferência da direção de compras na escolha dos materiais cirúrgicos (teste de Fisher, $p = .020$), mas uma elevada influência da sua administração (80%);
- h) Por outro lado, os assistentes graduados seniores do setor público (50%) notam menor influência da sua administração (35,7% – teste de Fisher, $p = .001$), quando em comparação com os assistentes (87,8%), que, aliás, também em grande percentagem (86,5%), revelam a influência do seu superior hierárquico nas suas escolhas (teste de Fisher, $p = .001$);
- i) Os assistentes graduados do setor privado revelam uma proporção muito baixa da interferência hierárquica nas suas decisões (14,3% – teste de Fisher, $p = .011$).

Estes resultados podem explicar-se pelo facto de a maioria dos diretores de serviço serem assistentes graduados seniores, o que justifica uma maior autonomia de decisão. O facto de servirem de *interface* entre a gestão e o corpo operacional permite-lhes congregarem os interesses conjuntos e, deste modo, desenvolver uma opinião mais positiva sobre a qualidade que o seu serviço presta aos interesses da administração.

V.7 – Comparação por antiguidade

No comparativo por antiguidade na especialidade, podemos reparar nas seguintes diferenças mais relevantes:

- a) $F(2, 110) = 3.342, p = .039$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões com mais de 20 anos de antiguidade na especialidade, e que trabalham no setor público, se preocupam mais com a gestão dos atos cirúrgicos do que os com menos de 10 anos de antiguidade na especialidade (7.9 vs 6.4);
- b) Os cirurgiões com mais de 20 anos de antiguidade na especialidade de cirurgia geral, no setor público, consideram que a qualidade do tratamento dos doentes da cirurgia geral melhorou, em comparação com a opinião dos médicos com menos de 10 anos de antiguidade na especialidade (6.2 vs 4.8 – $F(2, 114) = 4.615, p = .012$, o teste de comparação múltipla).
- c) $F(2, 114) = 4.165, p = .018$ – o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica que os cirurgiões com mais de 20 anos de antiguidade na especialidade consideram que a lista de espera nos últimos 5 anos melhorou, em comparação com a opinião dos médicos com menos de 10 anos de antiguidade na especialidade (3.1 vs 4.8);
- d) Os cirurgiões com mais de 20 anos de antiguidade na especialidade consideram que a sua prestação aos doentes, em termos de dedicação em consulta e tempo de resposta cirúrgica, melhorou, em comparação com os cirurgiões com menos de 10 anos de antiguidade na especialidade (4.4 vs 3.0 – $F(2, 113) = 4.040, p = .020$);
- e) São os mais velhos, do último grupo de antiguidade (16,3%), os que apresentam uma proporção significativamente mais elevada na consideração de que as regras de contenção económica são idênticas nos diferentes tipos de hospitais (públicos,

- privados, PPPs): $\chi^2 (4) = 17.550, p = .001$. Nenhum cirurgião com uma antiguidade inferior a 10 anos responde afirmativamente a esta questão;
- f) À pergunta “já sentiu necessidade de referenciar algum doente porque o seu hospital não lhe garantia o melhor tratamento, em virtude de contenção económica (exclua a referenciação para centros de 1.ª linha)” há uma proporção significativamente mais elevada de médicos com até 10 anos de especialidade e que respondem afirmativamente à questão sobre o setor público (51.3%). Esta proporção pode ser comparada com os que têm mais de 20 anos de atividade, cuja proporção é de 17,9% ($\chi^2 (2) = 9.958, p = .007$);
- g) Há uma proporção significativamente mais elevada (82.1%) de médicos com até 10 anos de especialidade a responder afirmativamente à questão do setor público sobre a influência do superior hierárquico nas suas escolhas ($\chi^2 (2) = 15.072, p = .001$).

A mesma conclusão retirada no ponto anterior aplica-se a este contexto: os assistentes graduados seniores são, habitualmente, os de maior antiguidade na função, portanto, com maior probabilidade de serem diretores de serviço e percecionarem a realidade em função do seu papel de direção.

V.8 – *Excertos de resposta aberta*

A questão 34, de resposta aberta, sobre os sentimentos dos cirurgiões-gerais relativamente às afetações de ordem económica no seu quotidiano, obteve 43 respostas maioritariamente negativas sobre o setor público e revela aspetos emocionais, materiais e de incapacidade de autonomia perante a administração, bem como o acesso a novas tecnologias para melhor exercício da sua função, conforme o Anexo VII.

Podemos extrair destas respostas que os cirurgiões-gerais lamentam a ausência de materiais adequados ao tratamento dos seus doentes e recorrem frequentemente ao improvisado. São muito relevantes as questões que referem a falta de qualidade dos materiais que se veem obrigados a usar e a noção de que o futuro que os espera não vai permitir uma melhoria. O cansaço, como temos vindo a sublinhar, define, em conjunto com a desmotivação coletiva pela ausência de reconhecimento, o constante estado de desgaste em que estes profissionais vivem desde a crise de 2008. A gestão é vista como

um órgão burocrático, de designação e influência política, incapaz de atender às necessidades reais de cada doente e da própria instituição, o que pode explicar uma promiscuidade entre os setores público e privado, em benefício do último. Um dos malefícios desta condição é descoberto pelos interesses alheios no crescimento do setor privado, relegando o Serviço Nacional de Saúde para um plano sem futuro. A economia associada a esta gestão é interpretada como insuficiente para tratar a saúde dos portugueses. Tal é explicável pelo parco tempo de dedicação aos doentes, tanto na consulta como na urgência, e também pela ausência de investimento nas infraestruturas das instituições hospitalares. Não é, todavia, de ignorar que se verificaram comentários relativos à falta de uma boa gestão e organização sobre os recursos humanos da função pública, no que concerne à falta de produtividade. As poucas respostas obtidas de cirurgiões do setor privado apontam para um melhor estado emocional e regista uma melhor qualidade de serviço e de acesso a materiais de qualidade para o tratamento dos doentes.

CAPÍTULO VI – A COVID19: REESTRUTURAÇÃO DA ATIVIDADE CIRÚRGICA E DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

“I ask questions as I breathe. I don't know where that came from but somehow it developed along the way.”

Anselm Strauss

Já tinha sido assim há cem anos. O vírus *Influenza* tornou-se um dos piores flagelos sociais e da história humana: não se sabia como operava e não havia medicamentos para lidar com ele; instável, sujeito a mutações, altamente contagioso, comunicado entre animais, destes aos humanos e transmitidos entre si, diluiu-se com o tempo num silêncio público, apenas sobrevivendo na memória individual de uns e nos escritos de outros. Talvez porque a morbidade fosse superior à mortalidade, ou porque não desencadeou mudanças políticas, nos exércitos, ou porque coincidiu com um evento mais aterrorizador: a 1.^a Guerra Mundial (Sobral *et al.*, 2009). Segundo Killingray (2009, pp.42-50), o vírus, com origem no centro-oeste da América do Norte, terá matado entre 50 a 100 milhões de pessoas, essencialmente idosos. As estatísticas apontaram para que, neste grupo, se incluíssem os que morriam de doenças respiratórias ‘normais’. O *Influenza* colocou em causa a reputação e competência profissional dos médicos, porque a medicina não dispunha de recursos tecnológicos que lhe permitissem curar a doença e os hospitais não tinham recursos humanos para dar resposta ao problema. Apesar de, nos países industrializados, a saúde pública ser uma prioridade, nem todos os países dispunham de estruturas para o estabelecimento de um sistema de saúde.

Não deixa de ser bizarra a existência de uma gripe pneumónica que vem assolar o mundo no encerramento de uma grande guerra quando, cem anos mais tarde, a luta contra um vírus de semelhante dimensão parece encerrar-se com o início de uma guerra, atualmente localizada a leste e cujas dimensões são ainda desconhecidas. Aaltola (2012) designaria esta relação de ‘político-somática’, que estabelece a relação da ansiedade a nível somático do indivíduo com a política global. Não obstante, para a medicina, o discurso reveste-se de um diálogo puramente científico ou burocrático-racionalista sobre as características clínicas e epidemiológicas da disseminação e controle da pandemia, em

detrimento de considerar questões como a forma como os *media*⁶⁸ constroem percepções de confiança do público ou como se amplifica o medo e o estigma da comunidade no rosto de uma doença contagiosa (Carney & Bennett, 2014). Ainda assim, a medicina não deixa de ser uma instituição social e desenvolve-se em organizações sociais através de pessoas reconhecidas como praticantes competentes dentro de uma divisão de trabalho (Dingwall *et al.*, 2013, p.167).

Na sua análise sociológica, Matthewman e Huppatz (2020) consideram que a COVID-19 representa a maior crise económica e de saúde pública de todos os tempos. Para Ward (2020), será a mais desastrosa e assustadora. Os confinamentos e isolamentos envolvem os indivíduos em experiências sociais sem precedentes, criando-lhes vulnerabilidades no lidar com o que antes parecia impossível (Matthewmann and Huppatz, 2020; Lupton, 2020). Mas os impossíveis, sublinham Matthewman e Huppatz, acontecem, e o que a COVID-19 conseguiu demonstrar foi uma inversão do conceito de *status*: demonstrou que os trabalhadores essenciais não são os do arbítrio financeiro, que não colocam comida na mesa, nem os relações-públicas, que não curam os aflitos. Os heróis dos confinamentos foram os trabalhadores dos supermercados, os coletores de lixo, os funcionários dos correios, os funcionários das limpezas e os profissionais de saúde (*id.*, p.680). Como realça Dougherty (2020, p.32), e que pudemos perceber no trabalho de campo, os profissionais de saúde estão em constante exposição ao risco e arriscam a saúde das suas famílias para providenciar cuidados aos outros.

Pode arrolar-se uma série de consequências nefastas desta crise: a pandemia potenciou o alargamento do *gap* nas questões laborais de género, mais precisamente nas profissões consideradas mais feminizadas, como são no setor da saúde a enfermagem e as empregadas de limpeza hospitalar, que foram elementos da linha da frente desde o início da pandemia (Connell, 2020). Veja-se, por exemplo, a realidade nacional das empregadas de limpeza hospitalar retratada por Isabel Dias (2021), que dá conta da intensificação da sua atividade laboral e do aumento da exposição direta a agentes nocivos no exercício da sua atividade em setores críticos de resposta à pandemia. Este ‘grupo

⁶⁸ A propósito da influência da comunicação no medo da população, note-se o trabalho de Davis *et al.* (2014), que revela que as mensagens de provocação do medo têm implicação nos métodos de influência no público. A pandemia por *Influenza* em 2009 não representou o mesmo impacto, em termos de medo, na população que a COVID-19 porque a mensagem principal foi ‘ficar em alerta e não em alarme’.

profissional⁶⁹ ficou profundamente exposto a uma ausência de segurança no trabalho pela exposição à COVID-19 e foi vítima de uma precarização do vínculo laboral. As trabalhadoras⁷⁰ sofreram impactos psicológicos e físicos, nomeadamente agitação, ataques de pânico, cansaço, exaustão e muita apreensão com a possibilidade de não conseguirem cuidados médicos em caso de necessidade. Foram, aliás, os mesmos sintomas descritos pelos cirurgiões-gerais durante os primeiros meses da pandemia. Pickersgill (2020) realça a forma que o medo assume neste cenário: o medo de apanhar o vírus e passá-lo a outros, o medo pela segurança dos mais velhos e das crianças, o medo de que as autoridades não se preocupem com quem viva ou morra, ou seja, a epidemia de medo que sublinha aspetos como os do valor da economia sobre a saúde pública, ou o abafar dos *experts* sob o poder dos políticos (*idem*). Na esteira de Strong (1990), esta é também uma epidemia da suspeita, pânico e estigma: qualquer pandemia gera pandemias paralelas de medo, explicação e ação; uma guerra de todos contra todos. As sucessivas ondas de epidemia geram ondas de medo e incitam a uma ação, que caracteriza a reação imediata. O receio de contrair a doença está diretamente ligado à suspeita de que ‘o outro’ possa já a ter contraído e ‘me’ possa infectar, o que leva a estigmatizar tanto os que estão infectados como os que pertencem aos grupos de maior risco de infeção (*id.*, p.253). Na perspetiva médica, o vírus viola o corpo através da invasão de membranas mucosas, mas também atravessa linhas interpessoais ao ser transferido de uma pessoa para outra, abalroando fronteiras que asseguram a integridade pessoal e do próprio corpo (Pfaller, 2020). Davis *et al.* (2014) concluem que esta é a era da ‘sociedade do medo’, em que as ameaças podem ser questionadas, mas, em último caso, não se lhes resiste.

A sociologia tem dificuldade em lidar com um evento como esta pandemia (Connell, 2020). Logo no seu início, o horror ficou marcado pelas histórias que chegavam do norte de Itália - um dos primeiros e um dos mais afetados centros da pandemia - que incluíam “histórias de enfermeiros e médicos envolvidos na triagem, escolhendo quem receberia tratamento e afastando pessoas muito doentes, especialmente pessoas idosas, que foram deixadas para ir para casa e morrer” (*id.*, p.3), isto para além do impacto da escassez de meios de proteção e combate à doença (*vd.* também Rosebaum, 2020) que

⁶⁹ Apesar de esta atividade não estar inserida nas características antes elencadas para a definição de profissão, optou-se por categorizá-la deste modo por força da importância do papel que as trabalhadoras representaram no cenário pandémico.

⁷⁰ O relatório parte de uma amostra de 436 mulheres.

este ‘desastre muito social’, como o define Connell, no seu nível mais profundo, provocou. Não será de dissociar este desastre dos eventos marcados pelas mudanças das últimas décadas: desde a década de 1970 que, na maior parte do mundo, os setores públicos foram espremidos, permitindo cortes de impostos para classes proprietárias e enfraquecendo serviços públicos como a assistência médica, em função de um dificilmente perceptível ‘bem-estar corporativo’, prerrogativa ‘managerial’ que se alastra nos pressupostos já aqui debatidos (Connell, 2020). Na perspectiva de Connell, a sociologia falha na captura deste evento e em todas as suas determinantes, pois “a sociologia, como a conhecemos, não é muito boa em lidar com um momento histórico, descompactar uma conjuntura, quanto mais apreender uma situação radicalmente nova como esta” (*id.*, p.5). Lupton (2020) sugere, em contraponto, que a sociologia se mostrou preparada para lidar com as desvirtudes sociais, principalmente as dos mais fragilizados, exemplificando essa preparação com a quantidade de trabalhos enviados para a revista sociológica *Health Sociology Review* sobre as mais diversificadas temáticas, nomeadamente o trabalho que reflete como a comunidade britânica utilizou as suas competências técnicas para aumentar a produção de EPIs para os profissionais de saúde, no momento de maior escassez, o que demonstra como a sociedade civil se implica quando se trata de encontrar soluções para compensar as falhas do Estado e prover adequadamente equipamento vital. Richterich (2020) descreve, no seu trabalho etnográfico, os membros dessa mesma comunidade, que fabricaram equipamentos como viseiras e máscaras como forma de suplementar a falta de equipamentos de que os profissionais de saúde careciam para a sua própria proteção.

Se algo pode ser dito sobre a etnografia é que a intimidade social, e não a distância social, é crucial (Fine & Johnson, 2020). Todavia, existe ainda uma escassez de trabalhos etnográficos, na área da sociologia da saúde, que apresentem uma visão crítica da discussão da saúde pública e da discussão organizacional diante da atual pandemia (Will & Bendelow, 2020), razão pela qual não nos detivemos nos fatores económicos que colidem com a atividade médica e adiantámo-nos no sentido de compreender – no terreno – o embate que a COVID-19 representou na divisão e organização do trabalho, nas novas trajetórias criadas para uma segmentação ajustada dos doentes e nos resultados do choque e do medo que a escassez de material de proteção individual provocou nos cirurgiões gerais. Se nas primeiras oito semanas da pandemia não foi possível um trabalho de campo,

o que motivou a realização de entrevistas por videochamada, a partir de então foi possível imergir no campo, apesar da incerteza do risco, e observar as consequências da 1.ª vaga na ação deste grupo profissional. Embora o distanciamento físico imposto pelas normas sanitárias fosse necessário, o que criou entraves iniciais ao nosso trabalho etnográfico, Fine e Johnson (2020, p.8) relembram que a etnografia tem sido um modo de pesquisa central para a investigação sociológica, pelo que, olhando de perto em tempo real, podemos entender as principais dinâmicas sociais de maneiras que métodos mais distantes não podem.

VI.1 – Análise e discussão das entrevistas

Elaborámos, assim, algumas questões (vd. Anexo IX) para a construção de uma entrevista semiestruturada a implementar na fase inicial, a qual se foi remodelando à medida da evolução das condições da doença. Os objetivos das entrevistas prenderam-se com a necessidade de definir o tipo de escassez de recursos e o seu impacto nos cirurgiões, avaliar a ética individual e a capacidade de intervenção para o bem comum – utilizando os princípios utilitaristas -, entender os contextos dos setores público e privado, aprofundar as consequências da falta de proteção, perceber os papéis da Comissão de Ética e do Colégio de Cirurgia neste evento, entender a articulação entre o trabalho e a família e, por fim, identificar as incertezas e a visão dos cirurgiões sobre o futuro mais próximo.

No final das primeiras sete entrevistas, verificámos a necessidade de acrescentar outras questões, em função do panorama, e assim sucessivamente. No total, foram entrevistados 50 cirurgiões-gerais, no período de março de 2020 a novembro de 2021, dos quais seis deram até quatro entrevistas de seguimento durante este período. Foram igualmente inquiridos indivíduos dos departamentos de Logística, Recursos Humanos, Comissão de Ética, Administração e Direção de Departamento de Cirurgia, bem como do Colégio de Cirurgia Geral, órgão responsável pela emissão de *guidelines* orientadoras das práticas cirúrgicas alteradas em função do evento pandémico.

De seguida, procedemos a uma análise de conteúdo das entrevistas, tendo sido identificado um conjunto de categorias que se explicitam no Anexo X.

No que respeita à 1.^a categoria, Recursos Materiais, uma das temáticas mais mencionadas pelos cirurgiões, com o objetivo de entender que tipo de escassez material se produziu e o impacto que teve na atividade cirúrgica, aferimos a importância da escassez de Equipamentos de Proteção Individual e dos materiais de uso corrente, maioritariamente registada nos hospitais que receberam os primeiros casos e a maioria dos doentes, em comparação com os que não sofreram da mesma condição na fase inicial da pandemia. Detetámos que esta escassez se deveu, essencialmente, a uma condição de mercado, em virtude de as produtoras terem esgotado o seu armazenamento e, por consequência, não conseguirem dar resposta às necessidades. Por outro lado, em função do pânico, os materiais de proteção individual, nomeadamente as máscaras, foram alvo de furto dentro das próprias instituições, levando a um caos instalado e a uma menor possibilidade de proteger os profissionais da linha da frente. Esta condição resultou num racionamento e no encerramento do acesso aos dispositivos, antes disponíveis para todos os profissionais hospitalares. Registámos os relatos de ‘desorganização da tutela’ em detrimento de uma concentração nas necessidades dos hospitais e num inicial desinvestimento na economia hospitalar (ou, pelo menos, assim interpretado por muitos como motivo da inexistência de equipamentos). Para além das observações globais relativamente à ausência dos recursos materiais, recebemos testemunhos de cirurgiões que denunciaram uma desigualdade na distribuição dos recursos, como se os hospitais do litoral não sofressem das mesmas falhas de dispositivos que os hospitais de interior, o que constituiu um elemento de análise. Isto deve-se, em nosso entender, à autonomia gestonária de cada hospital. Outra subcategoria reporta-se à falta de proteção que percecionámos afetar tanto cirurgiões como doentes, levando os primeiros a adquirir os seus próprios equipamentos para se defenderem dos colegas e doentes infetados. A dificuldade de exercer cirurgia por carência de recursos foi identificada como subcategoria e demonstrou reivindicações por parte dos cirurgiões às administrações hospitalares. A última subcategoria analisa o período de ressurgimento do material, o qual foi identificado pelos cirurgiões como sendo de origem ‘chinesa’⁷¹, de baixa qualidade de proteção, para além de ter sido entregue num *timing* posterior às necessidades da que foi considerada pelos profissionais como a vaga mais complexa de gerir: a primeira.

⁷¹ Notámos que os cirurgiões identificam materiais de origem chinesa como materiais de fraca qualidade, que não correspondem às necessidades nem às normas de fabrico da União Europeia.

A 2.^a categoria, os Recursos Humanos, constituiu uma das análises mais relevantes desta investigação. Procurámos interpretar a reorganização dos RH, as limitações estruturais inerentes à doença e os efeitos da nova realidade nas pessoas. A este respeito, podemos afirmar que a organização dos profissionais para dar resposta à pandemia foi rápida, embora tenha sido sublinhadamente notória a limitação do número de anestesistas, a limitação das consultas, de salas de bloco e do número de camas atribuído a cada serviço, por via de estarem destinadas a doentes infetados ou suspeitos de infeção. O número de cirurgias foi drasticamente reduzido por via da limitação das equipas infetadas por covid-19. A subcategoria que corresponde à reorganização da atividade cirúrgica compreende a modificação dos tempos operatórios. Estas questões foram muito sublinhadas pelos entrevistados pelas dificuldades associadas à inexistência de profissionais suficientes para reestruturar a divisão do trabalho, o que conduziu a um cansaço generalizado dos profissionais disponíveis. Não obstante, outra subcategoria, o sentimento de abandono por parte da administração partilhado pelos cirurgiões relativamente aos profissionais e ao tratamento dos doentes não covid, demonstrou a fragilidade na atenção e nos cuidados, a privação de mecanismos de segurança que sustentassem a proteção dos profissionais e trouxe à superfície fatores emocionais que habitualmente não são expostos no ambiente de trabalho.

No sentido de a) delinear o impacto que a reorganização do trabalho e todas as adversidades e limitações tiveram nas boas práticas; b) reconhecer a existência de dilemas éticos e a forma como o cirurgião lida, em termos deontológicos, com estes; e c) interpretar a afetação da pandemia nos parâmetros éticos e deontológicos do cirurgião-geral, construímos a 3.^a categoria: os constrangimentos provocados pelas novas condições nas boas práticas. Os motivos apontados foram vários, mas a condição pandémica em si foi considerada pelos cirurgiões como ‘o’ motivo. Resumidamente, os profissionais tiveram de adaptar as suas práticas ao contexto, considerando que o estado da arte estaria, inerentemente, longe de ser praticado, muito embora os princípios éticos e a liberdade de ajuizar clinicamente estivessem presentes. No que respeita a dilemas éticos, os cirurgiões foram questionados sobre a eventualidade de atribuir um único ventilador entre dois doentes, o que balanceou a racionalidade profissional com fatores emocionais.

Estes constrangimentos foram subcategorizados entre físicos e psicológicos. Pudemos, assim, observar a resposta individual ao dramatismo da situação, como as novas rotinas se antagonizaram com as anteriores, como cada cirurgião lidou com as limitações intrínsecas, como o medo e a ausência de proteção colidiram com a atividade médica e com o ânimo dos cirurgiões, as dificuldades de articular o trabalho com a família e os choques que a incerteza do futuro provocou no indivíduo. As condições físicas, resumidas às más condições de trabalho e à falta de testes, não foram tão evidenciadas como a pressão psicológica provocada pelo novo *modus operandi*, os receios, o medo, a ansiedade, a sensação de desproteção pela entidade empregadora e o abalo que a calamidade produziu na atividade e na vida dos cirurgiões.

Com especial relevância para o estudo, identificámos uma 4.^a categoria, que reporta à percepção do cirurgião sobre a influência negativa das condições pandémicas no bom tratamento dos doentes cirúrgicos. Os objetivos desta categoria concentraram-se nos efeitos do corte da cirurgia programada e na inviabilidade de o cirurgião tratar da melhor forma os seus doentes. Compreendemos as consequências que o adiamento das cirurgias provocou nos doentes cirúrgicos (nomeadamente nos oncológicos), no atraso dos tempos cirúrgicos e, por consequência, no incremento das listas de espera e nas novas formas de tratamento dos doentes. Neste campo, as maiores menções residem no facto de as consultas efetuadas por telefone não permitirem aferir a doença pelo toque, na escassez de camas para os doentes recuperarem no pós-operatório, no contágio intra-hospitalar de doentes COVID a doentes cirúrgicos não COVID, na diminuição da qualidade de assistência nas urgências a doentes cirúrgicos, na impossibilidade de tratar os doentes com técnicas minimamente invasivas (como, por exemplo, por laparoscopia), no impedimento de tratar da melhor forma a maior parte dos doentes – tendo de recorrer ao ‘tratamento possível’, nem sempre cirúrgico – e, por último, mas não menos importante, a tentativa individual de os cirurgiões ultrapassarem todas as dificuldades no sentido de cuidarem os seus doentes. Demos conta da preocupação com os doentes críticos, dos impedimentos ao acompanhamento ajustado e ao estadiamento das suas doenças, cujo motivo principal se deveu à interrupção das cirurgias, exames e consultas. Em algumas situações de menor gravidade, não houve lugar a tratamento cirúrgico, por medo dos doentes infetados e por não haver condições de proteção para operar.

No sentido de aferirmos os contextos de cada setor e se os cirurgiões perceberam realidades diferentes entre hospitais congêneres ou de diferentes setores, procedemos à análise das diferenças entre hospitais públicos e privados e das diferenças entre os vários hospitais públicos. Os elementos de análise prenderam-se com as subcategorias que indicaram uma sobrecarga dos hospitais públicos devido à capacidade de resposta ser bastante inferior no setor privado, bem como nos menores efeitos da pandemia neste. Registámos que o equipamento generalizado mais adequado se encontrava no setor público e que havia uma melhor preparação dos hospitais públicos, em geral, para futuros picos pandémicos. Na análise das diferenças entre os hospitais do setor público, foi relevada a disparidade entre os hospitais que assumiram o impacto inicial, ou seja, os do Grupo III, com melhor e maior capacidade de resposta, e os hospitais periféricos, que, ao não receberem de imediato um número elevado de infetados, puderam reorganizar atempadamente as suas formas de trabalho.

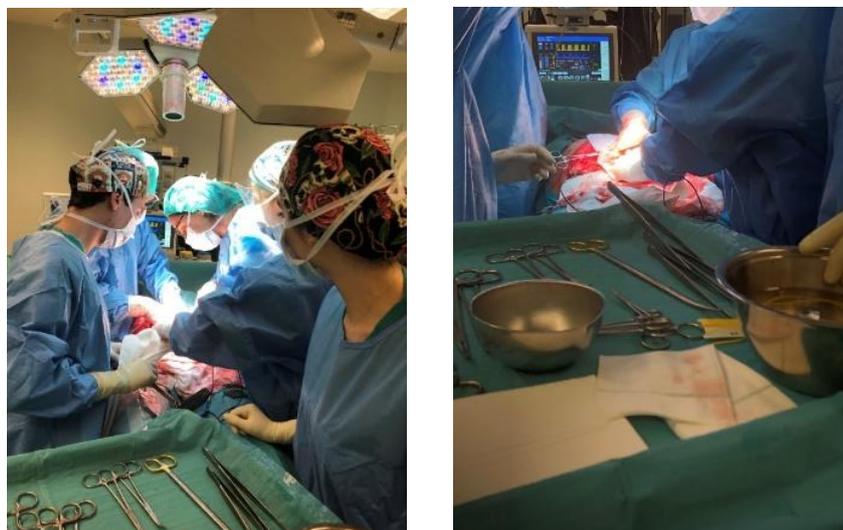
Por último, e porque é parte deste estudo abranger a interferência dos vários *stakeholders* na atividade dos cirurgiões-gerais, detivemo-nos sobre o envolvimento da Comissão de Ética e do Colégio da Cirurgia Geral. O segundo foi considerado essencial pela proliferação das linhas de referência para uma melhor atuação dos cirurgiões em contexto cirúrgico e de proteção, ao passo que a Comissão de Ética não teve qualquer presença na atividade dos cirurgiões neste contexto.

A próxima secção realça a realidade no campo do último dia de um hospital ‘sem COVID’, uma ordem que provavelmente nunca mais se repetirá e que seguramente não se repetiu nos dois anos seguintes. A secção 2 transcreve uma entrevista na íntegra a uma cirurgiã, representativa da maioria dos cirurgiões no período inicial da pandemia e que elenca os aspetos mais críticos da ameaça do vírus, tanto a nível profissional, como pessoal e para com os doentes.

VI.2 – O último dia dos hospitais sem COVID

Este pode ter sido o último dia da vida de um hospital português sem o flagelo da COVID. Entre os dias 12 e 13 de março de 2020 já se fazia sentir nos hospitais o desconforto do contacto físico e da indisponibilidade de máscaras e outros materiais de uso corrente, mas a atividade cirúrgica decorria sem intercorrências, tal como o movimento corrido entre andares e corredores, as mesas no refeitório cheias de médicos e enfermeiros, a ausência de máscaras nos espaços sujos. O bloco, em plena fase de mitigação da COVID-19, funcionava no modelo de sempre, com a mesma interação entre os indivíduos, embora já se vissem sinais de apreensão e receio nos discursos dos profissionais.

Figura 21 - Cirurgia na fase de mitigação



A 13 de março, pela manhã, num hospital de Parceria Público-Privada, o bloco decorria de forma habitual. Estavam todos de volta do doente, os ‘culpados do costume’: anestesista, enfermeiro de anestesia, três cirurgiões na mesa, uma enfermeira instrumentista, uma aluna de enfermagem e uma enfermeira circulante. O histórico do doente revelava uma hérnia abdominal complexa e era um caso mediático. A médica que o recebera na consulta contou os detalhes e o motivo pelo qual o material implantável, ‘caro’, foi tão rapidamente aceite pela administração do hospital: sete cirurgias prévias medianas e duas perineais. (...) Médicos e enfermeiros da sala revelaram preocupação com o crescendo do número de casos infetados em Portugal pelo coronavírus. A maior preocupação residia numa requisição para a urgência para tratar doentes infetados. Os cirurgiões não gostam de tarefas de medicina. Enquanto, nestes casos graves, a medicina interna é recrutada para o tratamento destes, as outras especialidades são recrutadas para a triagem.

- Está a ver os cirurgiões-gerais a tratarem gripes? – perguntou o cirurgião principal. É exatamente por não gostarem de especialidades médicas que escolheram a cirurgia geral. São dois lados da medicina completamente opostos, com propósitos opostos e tarefas radicalmente diferentes.

Já neste dia corriam comentários sobre o risco de cancelamento de cirurgias na fase de mitigação, o que também os preocupava, pois não poderiam tratar doentes e isso aumentaria a lista de espera. Pairava, então, uma aura de receio do desconhecido, do que estaria para vir, depois de tudo o que se via acontecer noutros países. Nem médicos nem enfermeiros se sentiam protegidos dentro do hospital. Já havia falta de material como máscaras, desinfetante e ventiladores. Na mesma semana, o armazém de outro hospital anunciava que o maior fabricante e fornecedor nacional de máscaras, vendera todo o material para a China e nem sequer atendia o telefone, pois não tinha material para fornecer. Já não havia caixas de máscaras na entrada das salas operatórias. Uma das enfermeiras explicava dispor apenas de uma caixa de máscaras quase vazia perto do gabinete de relatórios. Era já uma medida de contenção ao roubo interno de máscaras. O mesmo acontecia com a solução alcoólica desinfetante, espalhada por todos os espaços. As embalagens estavam no local habitual, mas vazias. O desconforto latente das conversas durante a cirurgia, de quando em vez interrompidas por pedidos de pinças e compressas à instrumentista, incidia sobre os outros materiais que não estavam disponíveis na sala e obrigavam a circulante a entrar e a sair constantemente. Mais tarde, quando acabou a cirurgia e todos ficaram esperançados de que o doente recuperasse, por todos os motivos, no almoço da cantina, reacendeu o tema da pandemia. Os cirurgiões comentavam que o Ministério da Saúde e a Direção-Geral da Saúde não estavam a proteger os profissionais da área. As medidas a tomar já deveriam ter sido impostas. Reconhecia-se a falta de recursos e os médicos temiam estar em contacto com pacientes infetados. Não estavam a ser feitos testes aos doentes antes de os operarem. A justificação residia no elevado custo e na autonomia da DGS para decidir quem podia e quem não podia fazer os testes.

(excerto dos diários de campo de 13 de março de 2020)

VI.3 – O caso da cirurgiã Carolina

A entrevista agendada para 6 de abril de 2020 por videochamada, através da plataforma *WhatsApp*, foi a Carolina (nome falso), de 55 anos de idade e com 22 anos de especialidade em cirurgia geral, atualmente em exercício de funções num hospital periférico, do Grupo II, que cobre uma área de quase 300.000 habitantes. A profissional representa a generalidade dos cirurgiões-gerais nos primeiros dias da declaração do estado de emergência, motivo pelo qual elegemos esta entrevista para a análise dos elementos críticos comuns a estes médicos. Uma mulher que, como afirmam os colegas,

sempre se dedicou à cirurgia geral e às causas dos doentes. Neste dia, reportou-se em Portugal a morte de mais 16 pessoas, num total de 311 óbitos por COVID-19; mais de 1000 casos estavam confirmados, quase 92.000 suspeitos e 140 recuperados⁷². Portugal era o 15.º país com o maior número de casos no mundo, que contava com 73.000 mortes⁷³.

Carolina – que dez meses depois desta conversa foi apanhada pelo vírus, que a deixou prostrada numa cama, sozinha, em isolamento obrigatório durante 20 dias – não se inibiu de colocar a nu a sua experiência enquanto profissional a lidar com o medo, com o vírus e com a desordem em que se tornou o seu quotidiano. Como afirma Dingwall *et al.* (2013, p.167), as doenças emergentes são sempre fonte de instabilidade, de incerteza e de crises, que tornam visíveis características de uma ordem social frequentemente opaca à investigação, o que constitui o núcleo da contribuição dada pela imaginação sociológica no sentido de compreender como os arranjos sociais podem, e devem mudar a par com as mudanças dos ambientes biológicos. Esperamos que, deste modo, a entrevista abaixo – gravada e integralmente transcrita – possa transmitir o que as novas condições impuseram na ordem social dos hospitais e, mais especificamente, dos atores escolhidos nesta análise.

Investigadora – Vocês agora até estão... até estão mais próximos da doença do que o cidadão comum, não é?

Carolina – Muito mais. Muito mais! E... e se formos ver, por exemplo, na área cirúrgica, a proximidade põe-se a todo o momento, não só na urgência, com os doentes que vêm e que não sabemos porque não se fazem testes seriados e, portanto, nós assumimos que eles são todos COVID, e se tivermos de operar de urgência, temos de ir de escafandro, não é? Temos de ir com o equipamento de proteção individual adequado, o que, em termos de limitação quer de... e limitação física, porque estar dentro de um... de um escafandro, onde a certa altura começa a respirar mais CO₂ do que oxigénio. E, portanto, as ideias ficam toldadas, os movimentos ficam diminuídos, o raciocínio fica perturbado e... toda a gente espera que aquele herói, que não é herói, que é um homem que precisa de oxigénio e que se dá muito mal com o dióxido de carbono, mas toda a gente espera que aquele herói dentro do escafandro faça milagres. Faça aquilo que supostamente deve fazer, mesmo em condições adversas, porque isto, para nós, é uma grande adversidade. Isto em contexto de urgência. Em contexto de urgência interna, por exemplo, nós somos chamados a ir ver os doentes às enfermarias por motivos vários, uma dor abdominal, uma isquemia num membro, umas escaras, tudo, não é? E são doentes que não sabemos se são COVID

⁷² <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>

⁷³ <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

ou não são COVID, não é? E, até agora, porque a máscara não era necessária, para os profissionais é, e nós sempre entendemos que devia ser, mas os doentes têm de ter uma máscara, na minha opinião, também. E esses materiais escasseiam nos hospitais, não é? Portanto, em termos de... Isto para nós é, de facto, estarmos mais próximos do doente, doente, do doente cirúrgico, mas de um doente que tem, de uma forma... perfeitamente aleatória, pode ser um COVID e nós não sabemos, não é?

Como previamente analisado, é notória a escassez de máscaras neste hospital, o que condiciona a segurança do cirurgião na aproximação ao doente. Por outro lado, o facto de não haver testes leva a que toda a equipa cirúrgica seja obrigada a usar um equipamento de proteção especial, independentemente de o doente ser ou não positivo. Este ‘escafandro’ é o nome dado a um fato pesado e completamente fechado que visa estabelecer uma proteção a partículas do exterior. Por consequência da sua composição, torna-se quente e os cirurgiões relatam dificuldade de raciocínio e de respiração ao fim de uma hora de cirurgia. Tal provoca limitações no agir cirúrgico, tanto a nível físico como intelectual, o que pode ser um sério constrangimento ao bom tratamento do doente. Detalharemos no ponto 4 deste capítulo as questões relativas à falta de recursos.

Investigadora – Como é que... Diga, diga.

Carolina – Não... ia dizer, isto no dia-a-dia é um stress brutal! É não dormir de noite, é ter pesadelos de noite... é ir tomar um Xanax e pensar ‘se calhar já não estou bem’, isto é um... aumenta muito o nosso nível de ansiedade, o nosso nível de stress...

Investigadora – Como é que está a organizar a sua vida familiar neste momento? Como é que... Está com a sua família? Não está?

Carolina – Não tenho vida familiar. A vida familiar é pelo WhatsApp, para poder ver a família, ou pelo Skype, porque eu não me atrevo a chegar perto da família, não é? Nem pensar. Para todos os efeitos, eu sou um veículo. Não sei se tenho, se não tenho, vou assumir que hoje poderei ter contraído o coronavírus, não faço ideia e, portanto, tenho de manter a família... E isso é mais um stress acrescido, Cristina. É quando nós precisamos da muleta da família, do carinho da família, é quando também temos de estar longe deles. Isto, para os profissionais de saúde, não é só a responsabilidade que é acrescida, é duplicada, mas é, acima de tudo, a parte emocional de ver pessoas, amigos nossos, colegas nossos, que estão a ser ventilados, outros... outro, hoje, na emergência de ser ventilado, pensarmos ‘posso ser eu amanhã’... e, se entrar aqui, entro sem um carinho, sem um beijo, sem... e para família também, se me acontecer o pior, não tiveram sequer oportunidade de se despedir. Isto é dramático! É dramático! Há doentes que morrem sem um beijo

da família, sem um carinho, sem... É... era o que noutros tempos era a lepra, é nos tempos modernos o COVID, não é? Porque exige isolamento, desterro... desterro.

A ansiedade provocada pelo contexto em si e pelo medo de ser um veículo de infecção para os mais próximos, que já analisámos na parte I desta monografia, e que foi sublinhado por Coccolini *et al.* (2020), leva ao isolamento do profissional e à angústia da distância dos familiares num momento de elevada fragilidade emocional. O *stress* é consequência de não se saber em que momento exato o cirurgião pode estar a ser contaminado por um doente ou por um colega sem máscara, e não ter acesso à testagem para eliminar a incerteza.

Investigadora – Neste contexto e no atual estado de emergência, sente que no seu hospital tem à sua disposição os meios de atuação de que necessita para exercer as suas funções profissionais?

Carolina – Os meios? Ora bem, os meios, neste momento as minhas funções profissionais, como cirurgião, estão cortadas. Neste momento, aquilo que é exigido ao cirurgião-geral no meu hospital é que faça... as funções de enfermaria, as funções de urgência externa, de urgência interna, e não fazemos cirurgia eletiva. Portanto, é mais um stress para todos nós, porque todos nós temos doentes oncológicos, todos nós temos doentes oncológicos cuja... cujo tratamento tem um timing, não só o tratamento cirúrgico, mas há uma neoadjuvância e há depois um tratamento adjuvante, e os timings têm de ser cumpridos, não é? Se não forem cumpridos, não adiantou nada estar a fazer neoadjuvância para o reto, para o estômago, por exemplo...

Investigadora – Não conseguem estar a dar resposta, então, às neoplasias agora?

Carolina – Não. Estas duas semanas... esta... a semana que passou não tivemos cirurgia eletiva, operaram-se penso que quatro doentes, mas assim uma coisa mesmo episódica. Esta semana não temos em definitivo e na próxima também não temos. E, portanto, há doentes cujo timing para cirurgia começa a estar... comprometido e isso também nos preocupa como médicos, como profissionais... foi um investimento que se fez e que se sabe que caiu num saco roto.

A nova divisão de trabalho passa por passar visita aos doentes internados nas enfermarias, atender os doentes que chegam à urgência geral e os urgentes internados, que possam sofrer algum episódio emergente e necessitem de cirurgia. Este excerto realça ainda o impacto da ausência de cirurgia programada nos doentes cirúrgicos, e principalmente nos oncológicos, o que confirma os postulados de Stahel (2020), sobre estes doentes ficarem mais vulneráveis à infeção, e de Maurizi and Rendina (2020), que reforçam a inquietação dos cirurgiões ante a impossibilidade de tratar doentes com grau

de doença severa. Carolina exemplifica, no decurso desta entrevista, uma das situações mais graves com que se deparou nesta 1.^a vaga.

Investigadora – Mas está a sentir, de alguma forma, algum tipo de impacto económico na falta de meios do seu hospital? Independentemente de vocês não conseguirem operar os doentes, por outros motivos? Em termos de meios físicos, materiais, sente algum impacto económico ou não?

Carolina – O material que nós temos mais... ou melhor, que escasseia, e foi por isso que as alas foram fechadas, foi porque não há batas cirúrgicas, nem máscaras para a eventual necessidade extra do bloco operatório. Portanto, neste momento, o material de equipamento pessoal diário do bloco operatório, não estou a falar dos EPIs, estou a falar das batas que nós vestimos no bloco e das máscaras que utilizamos, neste momento estão a ser racionados para que possam ser utilizados fora do bloco operatório.

Investigadora – Mas acha que isso tem a ver com alguma escassez económica do hospital, ou uma escassez natural do mercado?

Carolina – Eu queria acreditar... queria acreditar que isto era uma escassez do mercado, mas eu penso, é a minha opinião pessoal, que os hospitais não estão a ser tratados de igual forma. Os doentes são neoplasias do reto em todos os hospitais. Nós somos cirurgiões a quem é exigida uma preparação específica em todos os hospitais. Eu sou cirurgiã em [nome do hospital onde trabalha], mas poderei ser... terei de ser de igual forma no São João ou em Santa Maria, mas os doentes [da área de cobertura do seu hospital], neste momento, não têm o tratamento que teriam se estivessem, na minha ótica, noutro hospital. Eu penso que... que os equipamentos, os materiais, sobretudo nesta crise que estamos a viver, não estão a ser distribuídos de igual modo pelos diferentes hospitais. E nós ainda... a preocupação... ainda temos uma preocupação acrescida, porque eventualmente, se tivermos uma... imagine, uma neoplasia do reto em oclusão, esse doente, imagine que tem comorbidades, tem de ser operado em oclusão, é uma situação urgente, mas se calhar ele vai precisar de um ventilador, não é? E os nossos ventiladores começam a estar ocupados, a unidade, a UCIP [Unidade de Cuidados Intensivos Primários], já está cheia de COVIDs.

Conforme relatado na parte teórica deste estudo, o COVID-19 *Health System Response Monitor* (2020) constatou uma reorganização hospitalar gerida localmente, em que cada instituição se responsabilizou pelas suas próprias aquisições de equipamentos e recursos humanos. Este pode ser o motivo que leva a uma perceção por parte dos cirurgiões de que os recursos não são distribuídos de forma equitativa por questões de economia hospitalar, justificada pelo facto de cada hospital usufruir de verbas distintas.

Investigadora – Pois... Está atualmente a trabalhar em que condições, em termos de proteção e de horários, para exercer a sua atividade?

Carolina – Ora bem, em termos de proteção... nós só temos indicação para utilizar equipamento de proteção universal, de proteção individual para a abordagem de doentes COVID, em duas situações: cirurgias de urgência, e esses doentes são todos assumidos como COVID, ou observar doentes que são... que são COVID positivos. Excetuando essas situações, utilizamos a nossa bata, uma máscara cirúrgica... se houver uma forte suspeita, ou é um doente que ainda está a aguardar o resultado do teste, podemos pôr uma máscara de proteção, uma... daquelas... como é que se chama?... FFP tipo 2...

Investigadora – Sim.

Carolina – ... podemos, eventualmente, pôr uma dessas máscaras. Mas podíamos teoricamente, porque na prática não existem! Isso em termos de equipamento. Em termos de... Ah, uma coisa que passou a ser diferente, temos de usar farda, que nós temos de providenciar porque estamos à espera que o hospital entregue a cada um de nós uma farda que ainda não foi entregue, embora já tenham pedido os nossos... o número que nós vestimos e tal, mas isso ainda está... se calhar à espera que as... que o bicho-da-seda esteja a fabricar a seda ou sei lá o quê! [Pausa prolongada.] Em termos de horário, neste momento, nós não temos um horário rígido, não colocamos o dedo no... no pontómetro, o nosso horário é um horário livre, sendo que livre, gerido da melhor forma dentro dos diferentes grupos de trabalho. Portanto, o trabalho em internamento tem de ser assegurado nos diferentes grupos e nós dividimo-nos. Estamos a fazer por semanas no internamento. Habitualmente, um especialista e um interno, e é assim que é feito o internamento. Temos de cumprir as doze horas obrigatórias de urgência, quer interna, quer externa. Isso mantém-se. Mas em termos de enfermaria, de internamento, é onde as coisas mudaram em absoluto, e não temos consultas presenciais. Temos consultas... temos a nossa lista de consultas, no dia da nossa consulta essas consultas são efetivadas para que nós possamos... depois entrar no perfil do doente, ver o que é que se passa, telefonicamente contactar o doente e ver como é que ele está, como não está, e pedir um ou outro exame, ver os exames que fez e reagendar as consultas. É assim que, na prática, as coisas estão a funcionar.

O racionamento das máscaras passa pela sua utilização apenas em casos de urgência e de confirmação de doentes positivos. As máscaras de proteção adicional FFP2, recomendadas para uso diante de doentes suspeitos de infeção, não estão disponíveis. Tal como não estão as fardas. Reforçaremos, mais adiante, o improvisado individual de fardas e outros dispositivos de proteção a que estes profissionais se viram obrigados para continuar a desempenhar as suas funções, nesta altura, bastante reduzidas. Neste excerto também é manifesta a alteração das consultas presenciais para consultas telefónicas, o

que, como veremos ao longo deste capítulo, são prejudiciais à correta aferição da doença, por ausência de ‘toque’.

Investigadora – Diria que a situação atual interfere no bom tratamento dos seus doentes?

Carolina – Sim.

Investigadora – Tem algum exemplo recente que queira... partilhar?

Carolina – *Olhe, tenho uma doente com carcinoma medular da tiroide que noutra circunstância já estaria operada. Os carcinomas medulares são carcinomas da tiroide de comportamento biológico, fogem dos carcinomas diferenciados, que têm habitualmente bom prognóstico. O carcinoma medular da tiroide é um carcinoma de prognóstico intermédio e é um carcinoma cujo tratamento assenta na cirurgia.*

Investigadora – E o que é que aconteceu a essa senhora?

Carolina – *Esta senhora está à espera de ser operada. Portanto, logo que me deem luz verde para operar os doentes, esta senhora será a primeira a ser chamada. E deixa-me algo desconfortável... Esta! Porque tenho doentes com carcinomas papilares da tiroide, que são tumores que podem aguardar mais algum tempo, são carcinomas, mas habitualmente têm um comportamento biológico menos agressivo e, portanto, mais consentâneo com o que podemos diferir um bocadinho mais no tempo. Os medulares não é bem a mesma coisa.*

Investigadora – Dado este panorama, acha que a situação lhe cerceia a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com as *leges artis*?

Carolina – *Ora, juízos clínicos e éticos... Juízos clínicos... Eu penso que o juízo clínico não é ... o juízo clínico mantém-se porque, habitualmente, a nossa ferramenta do dia-a-dia é mesmo essa, é o juízo clínico, é o senso clínico, é aquilo que ninguém nos pode tirar, é aquilo que constitui a essência de ser médico... ser cirurgião. É o seu juízo clínico, a avaliação que faz. Mas depois nós assentamos o nosso juízo, a nossa avaliação clínica, em exames complementares de diagnóstico, e aí ficamos dependentes, porque, neste momento, não há exames complementares de diagnóstico eletivos, nem semieletivos. Os exames complementares de diagnóstico estão a ser feitos para situações de urgência...*

Investigadora – E atuar em conformidade...

Carolina – ... e na...

Investigadora – Diga, diga.

Carolina – ... e na oncologia, por exemplo, situações oncológicas urgentes. É um doente que vai sangrar do seu tumor se não se fizer nada agora, é um doente que vai obstruir, ou é um doente que vai perfurar. São as grandes situações, os quadros de urgência na... na patologia oncológica da cirurgia geral, mas há muitos outros... há... Olhe, mandei uma senhora para o IPO de Lisboa com um... um carcinoma da tiroide, que eu penso que será um carcinoma indiferenciado, que fizemos aqui a traqueotomia para a senhora poder ser transferida, porque ela estava em pré-obstrução da via aérea e não a pude transferir com a brevidade que gostaria, porque a doente teve de fazer o teste do COVID antes de ser transferida. Portanto, há uma série de constrangimentos agora que, de alguma forma, atrasam, não é? Mas isso foi muito importante? Não, não foi, para mim não, mas para a doente, se calhar, foi, porque para ela, se calhar, em vez de ir na sexta e ter ido só na segunda, se calhar ela... a leitura que fez foi outra, perdi aqui uns dias de tratamento.

Investigadora – Sente-se impedida...

Carolina – Portanto...

Investigadora – Sente-se impedida de atuar em conformidade com as *leges artis*?

Carolina – Não, impedida não sinto, porque eu era incapaz de o fazer. Eu, se sentir que de acordo com o atual conhecimento da arte... o tratamento que se impõe é este, eu tudo farei para que seja feito esse tratamento e irei até às instâncias superiores na minha instituição. No diretor de serviço, seguramente, terei um aliado para fazer a direção clínica entender a urgência do meu... do meu pedido ou da minha... não é bem um pedido, é uma exigência! Para o doente não é um pedido, é uma exigência! Exijo que isto seja feito nesta altura. Portanto, nesse aspeto estamos, sim, estamos coartados, estamos... Pelo menos, temos de... fazer muito mais passos, o caminho é muito maior do que seria se não houvesse esta situação, não é? Porque eu proponho um doente para operar e as pessoas não vêm questionar. Os anestesistas não dizem: 'ah, mas eu, esse doente, não anestésio. Lá estão vocês, cirurgiões, a porem urgências onde elas não existem', percebe? Sentimos que no nosso campo de trabalho começam outros profissionais, de outras áreas agora emergentes, como são os intensivistas, os anestesistas, que neste momento são de facto a linha da frente, e num contexto não-COVID, eles começam a recusar-se a colaborar em determinadas situações, que é pelos doentes, não é por mim, porque... começam também a dar palpites.

Investigadora – Acha que as atuais condições podem afetar as boas práticas dos cirurgiões-gerais?

Carolina – As boas práticas... O que está a acontecer... está a... Perguntou-me dificultar?

Investigadora – Se estão a afetar, as condições atuais, as boas práticas dos cirurgiões...

Carolina – *Estão a afetar, estão a afetar. Estão a afetar, sim. Deixe-me ver se eu lhe consigo pôr isto...*

Investigadora – **Pode ser que, dando um exemplo, talvez... consiga...**

Carolina – *As boas práticas... boas práticas, se falarmos em termos de... de prática de... do raciocínio lógico, do pedido de exames para esclarecer uma situação e delinear um tratamento, essa boa prática mantém-se, podendo ou não, em tempo útil, ser feito aquilo que eu entendo que este doente precisa, mas... a boa prática de... do raciocínio auxiliado e chegar a um tratamento, isso mantém-se. Agora, tudo aquilo que está à volta do ato médico... boas práticas... eu entendo, neste momento, que, como cirurgiã... quando vou... quando dou a minha colaboração para ver um doente, eu devo assumir que esse doente é cirúrgico, mas é um doente COVID. Tenho de assumir isso. E, assumindo isso, tenho também de dizer para mim mesma: 'eu estou a abordar um doente e não estou a agir de acordo com o que devia ser a *leges artis* neste momento', eu devia ter um equipamento adequado que não tenho.*

Investigadora – **Portanto, está limitada na falta de equipamentos e de condições ajustadas, digamos?**

Carolina – *Estou limitada! Estou limitada. E outra... outra situação é que... como temos esta... ainda hoje falávamos disso, como temos esta... este princípio de que são todos COVID... a loucura que é a desinfeção de mãos... e a utilização de álcool, quer seja álcool na sua forma habitual, quer seja álcool-gel, é de tal forma... é levada de tal forma ao extremo em todas as situações, todas, que isto já nos condicionou de tal forma, que eu vou ao computador ver qualquer coisa e vou imediatamente lavar as mãos, desinfetar. Temos as mãos cheias de fissuras. Isto... a seguir, vou calçar umas luvas cirúrgicas para ir operar um doente... isto não é uma boa prática, não é? Os profissionais têm as suas mãos ulceradas e... e neste momento, com cortes e tudo isso, pode aumentar a infeção do local cirúrgico... porque se calhar temos de utilizar dois pares de luvas para todos, até para fazer um penso na enfermaria, não sei. Não sei...*

Tal como pudemos concluir pela análise de entrevistas sobre questões éticas no capítulo IV, e destacando as conclusões de Piedade Silva e Martins de Sousa (2021, p.27), os cirurgiões gerais, aqui representados por Carolina, resistem a pressões externas, quer sejam económicas quer, como neste caso, de catástrofe, mantendo os seus princípios éticos e a deontologia da sua profissão. O ajuizamento clínico é, assim, visto como independente de fatores externos. Contudo, notámos que o que sustenta a avaliação clínica, ou seja, os exames de diagnóstico, foram cancelados e também só estão disponíveis para situações de emergência, o que atrasa a avaliação dos doentes cirúrgicos. Sublinhamos neste trecho a reivindicação perante a falta de meios para atuar em

conformidade com as *leges artis* e a tentativa de evitar que o estado da arte não seja conseguido. É, não obstante, reconhecido que a ausência de recursos de proteção impede que as *leges artis* sejam aplicadas diante de doentes positivos. Por outro lado, é distinguida a repercussão do excesso de proteção, através do uso constante de líquidos desinfetantes, nas mãos do médico, que podem ter como consequência uma infecção no doente.

Investigadora – Acha que as condições atuais lhe permitem tratar da melhor forma a maior parte dos seus doentes?... Pode-me contar, eventualmente, se lhe ocorrer, uma situação recente que tenha passado neste contexto em que as coisas tenham corrido bem ou... o contrário, em que as coisas tenham corrido mal. Decisões difíceis que tenha... que tenha tomado relativamente a doentes seus... que tenham tido bom ou mau resultado.

Carolina - Nós temos uma preocupação muito grande agora... preocupação de duas ordens: uma delas prende-se com o facto de precisarmos de disponibilidade de camas hospitalares; e outra prende-se com o facto de os doentes... os doentes, propriamente, terem medo de ir para o hospital e serem operados ou serem internados num hospital, que é o local que as pessoas, e bem, assumem como sendo o centro de infecção, onde estão todos os doentes a ser referenciados. E, portanto, há doentes... ainda um dia destes, sim, um doente com... uma dor no membro inferior, que tinha sido internado com uma isquemia para estudo, uma isquemia crónica dos membros inferiores, foi internado e foi dito ao doente que iria precisar de fazer um eco doppler, que não iria ser feito num curto espaço de tempo... por condicionalismos vários. O doente foi embora e apareceu agora para ser amputado. Portanto... tudo isto altera muito até a reivindicação dos doentes, que habitualmente são eles que não querem sair do hospital e querem estar, e parece que estamos numa estância de férias, e agora não. O medo de contrair a doença é tão grande, que eles próprios, muitas vezes, abandonam a melhor prática. E... mas isso está a acontecer, os doentes vêm mais tardiamente, estão a vir mais tardiamente, com situações mais evoluídas, porque têm medo de vir ao hospital e... e, sobretudo, de ficar no hospital. O meu diretor dizia-me, esta semana que passou, diz ele: 'Eu ainda... há meia dúzia de doentes que eu contactei a dizer que iria se calhar ter possibilidade de operar', estamos a falar de oncológicos em... a acabar a sua neoadjuvância, portanto, em timing para cirurgia, e diz ele: 'E são os próprios doentes que não querem vir'. Têm medo, pânico. E, portanto, tudo isto altera até a lógica... porque, até agora, tinha-se medo era do cancro, muito medo, não é? E parece que veio um papão muito maior. Um papão que não se vê, mas que é... poderosíssimo, poderosíssimo! E... e está, de facto, a assumir um protagonismo e a estar no centro de tudo, e a alterar a nossa forma de pensar, sim... se calhar, numa lógica economicista de camas, de espaço. Portanto, o fast-track surgery é um objetivo, é fazer cirurgia e... dar altas precoces, mas isto agora é um híper super fast-track. Eles nem entram... [Risos.]

A dificuldade de tratamento prende-se não só com a ausência de camas, mas também com o medo de os doentes acudirem às urgências hospitalares, correndo o risco de ser infetados. O ponto 13 deste capítulo define as questões que determinam o medo como o pandémico, em contextos sociais, pelo que deixaremos esta análise para mais tarde. Todavia, é de salientar, e voltando à linha de Neves (2016) discutida no capítulo IV, que o princípio utilitarista do maior bem para o maior número é, aqui, limitado por princípios não utilitaristas. Os programas de saúde pública poderão, neste caso, ter sido bons para a maioria, mas não foram do melhor interesse de cada indivíduo – o que denuncia esta tensão ética no que respeita à ação do médico com o seu doente em particular, uma vez que as obrigações éticas primárias do médico se relacionam com a promoção dos melhores interesses dos doentes individuais, como conclui a autora.

Investigadora – Já se encontrou com doentes contaminados? Que tivesse a certeza de que estavam contaminados?

Carolina – Sim.

Investigadora – Sentiu-se protegida com os meios de proteção adequados?

Carolina – Naquela situação, eu acho que sim. Naquela situação, eu acho que sim...

Investigadora – Como estão a ser distribuídos os testes para os profissionais de saúde... no seu hospital?

Carolina – Não estão... Não.

Investigadora – Não há testes?

Carolina – Não. Não, eu acho que até devia haver para... na minha ótica, todo o doente que é internado no hospital, todo o doente que vem de fora ou transferido de outra instituição, um doente que entra numa casa que se quer sem doença em determinados locais, porque há outros que sabemos que têm... os COVIDs internados, mas eu só posso garantir que estou a internar um doente numa ala de... cirurgia oncológica... só posso garantir que não vou infetar os imunocomprometidos que estão nessa ala se o doente que está a entrar for negativo. Portanto, na minha ótica, os doentes todos que entram, quer seja pela urgência, quer seja uma urgência diferida, seja lá o que for, os doentes deviam todos fazer um teste, porque é a única maneira de poupar a população hospitalar, que já lá está, de um infetado que vem de fora e que vem agora causar o caos aqui dentro.

Investigadora – Sente-se protegida pela sua entidade empregadora?

Carolina – Não.

Investigadora – O seu hospital está preparado, em termos materiais e humanos, para o pico da pandemia?

Carolina – Não.

Investigadora – Não lhe posso fazer mais perguntas iguais, porque eu não quero mais não.
[Risos.]

Carolina – [Risos.]

Investigadora – Ok. O que mudou...

Carolina – *Eu gostaria de dizer que sim, mas não acredito, porque o pico da pandemia é extraordinariamente exigente em termos de... de... de diferenciação clínica. São profissionais altamente treinados. Eu não sou... eu não sou anestesista, Cristina. Eu sei entubar um doente, eu sei ligar o doente ao ventilador, mas depois, os parâmetros de ventilação que esse doente vai precisar... ó filha, se eu soubesse disso, se calhar estava agora a ser anestesista e não cirurgiã, que dá menos trabalho do que ser cirurgião, não é? Se eu dominasse... se eu dominasse os ventiladores e as drogas anestésicas e... e ou... ou de intensivismo, era... mas não sou intensivista, não é? Portanto, o pico da pandemia vai exigir aquilo que exige todos os dias em doentes graves, que é profissionais altamente treinados... naquela área, na via aérea... Pronto. O que é preciso nesta doença, numa fase inicial de duas semanas, são doentes que precisam de suporte de via aérea e de ventilação. Os... os profissionais dessa área são anestesistas ou intensivistas, não é? Intensivistas e anestesistas são profissionais finitos, não é? E, portanto, a capacidade das instituições começa a esgotar-se, e começa a esgotar-se de duas formas: primeiro, porque há um aumento da procura e, por outro lado, porque os elementos existentes vão adoecendo. Eu sei que, por exemplo, no Santo António, estão quatro anestesistas de... de grande gabarito infetados. E um deles nem está muito bem. Portanto... porque é que eu digo que não... não estamos preparados? Porque já vejo neste momento, ainda andamos com a curva plana e, felizmente... felizmente, porque se nos acontecesse o que aconteceu em Itália ou em Espanha, era igualmente uma catástrofe, mas se calhar pior, porque os italianos e os espanhóis têm recursos que nós não temos. E, além disso, em Portugal só há uma diferença, é que nós temos uma solidariedade, uma capacidade de resistência, de resiliência, de sacrifício, que pouca gente tem, e como não somos ricos, somos muito do improviso e muito do... estamos habituados a isso. E habituados com sucesso a improvisar, e acho que, no fundo, a nossa única safa pode ser essa. É que nós, portugueses, temos características... quer... penso eu, mas penso muito a sério, em termos de personalidade, em termos de capacidade de trabalho quando somos chamados a isso, e em termos de improviso com poucos recursos... que talvez outros não tenham.*

Investigadora – Já é histórico, não é?

Carolina – *É. É histórico. E... e, felizmente, o povo aderiu a estas medidas da... da contenção e da... da evicção social, mas também receio que isto comece... que as pessoas comecem a ficar um bocado saturadas disto e a não compreenderem como é que estão em casa e, afinal, todos os dias... hoje foram mais 400 ou 600, como é que é possível e... Não sei, eu vejo isto com muito receio. E penso que o meu hospital não tem capacidade logística para... neste momento, as oito camas da UCIP estão cheias com doentes ventilados COVID. Foi feita outra unidade, onde era a UCIC, mas eu penso que em duas semanas estará cheia... e depois?*

A partir das últimas linhas podemos invocar os pressupostos de Correia (2012), sobre os poderes que a sua investigação identificou nos hospitais e da autoridade dual entre os órgãos de gestão e os serviços médicos. Apesar de, e de acordo com o autor, os diretores médicos deterem o seu poder profissional no que concerne à autonomia da gestão de recursos dos seus serviços (*id.*, p.113), foi possível aferir que esta condição se anulou nesta 1.^a fase da pandemia e que a gestão dos recursos, fossem eles físicos ou humanos, ficou a cargo das administrações, as quais, segundo a maioria dos entrevistados, não protegeu os seus profissionais. Mais uma vez, verificámos a menção à capacidade de improviso que a entrevistada refere, tanto na vã tentativa de exercício de uma expertise tão relevada por Freidson (1974), que não é a dos cirurgiões, mas sim das especialidades médicas, como no sacrifício, capacidade de trabalho e transformação de ‘parcos recursos’ em recursos necessários para dar resposta à calamidade. Neste sentido, e dando resposta às questões da 1.^a parte desta monografia sobre as dinâmicas do Hospital, a expertise dos cirurgiões legitima a sua autoridade em termos técnicos, não havendo evidência, neste estudo, de que atue em paralelo com a autoridade administrativa. Pelo contrário, verificamos que essa autoridade, em contexto pandémico, foi reduzida a *skills* subjugados ao poder de uma gestão orientada para o cumprimento de objetivos gestionários.

Investigadora – **Sendo esta a quinta semana de contagem, tendo em conta o primeiro caso confirmado em Portugal, o que é que acha que mudou desde a primeira semana no seu hospital até hoje?... Podem ser mudanças positivas ou negativas. O que é que acha que foi...**

Carolina – *Olhe, em termos de... mudou muita coisa, mudou em termos logísticos uma... houve uma consciencialização de que o espaço físico do hospital tinha de ter outra disposição e outra abertura. Foi redesenhado o espaço. Por exemplo, a UCA [Unidade de Cirurgia Ambulatória], neste momento, é a unidade de cuidados coronários. Portanto, houve uma reafetação de espaço, no sentido de concentrar no piso onde estão... onde está classicamente a unidade de cuidados*

intensivos, concentrar aí os doentes a necessitar de ventilação. Portanto, houve uma reafetação do espaço, sem dúvida, de profissionais... Neste momento, há colegas de... anestesia... anestesistas que estão a trabalhar em intensivos e vão ter de cada vez ser mais anestesistas para essa... realidade. Têm sido... 'criaram-se' outros espaços próprios para internar COVIDs positivos não ventilados. Isto em termos de espaço. Há aquelas restrições conhecidas e sabidas em termos de, por exemplo, o refeitório, os... o espaço entre as pessoas, houve uma dilatação do período... do horário para almoço. Portanto, isto em termos de instituição, houve um racionamento... há um racionamento, e eu penso que é... é uma medida economicista, mas que se calhar se justifica. Houve muita... houve roubo de material no meu hospital, penso que em todos os hospitais, desapareceram muitas máscaras, muitos litros de álcool, batas... e, então, eu penso que uma das formas de controlar o consumo de máscaras, principalmente para aquelas pessoas que não precisam de estar constantemente a mudar de máscara, porque, por exemplo, são as empregadas da limpeza, não é? Que põem a sua mascarazinha, andam a limpar os corredores ou, por exemplo, o consumo de luvas... não esterilizadas. Agora nem... no átrio do hospital está uma funcionária com máscaras, e nós de manhã, quando chegamos, desinfetamos as mãos com álcool e é-nos dada uma máscara. Portanto, acho que isso é uma forma inteligente de racionar ou de evitar a corrida a equipamento que é necessário. Portanto, eu penso que isso foi uma atitude inteligente. Eu dizia em termos... – já falámos de espaço ou reafetação de espaço –, reafetação de profissionais, os anestesistas a irem trabalhar para intensivos, os... os anestesistas, os colegas de medicina interna muito mais chegados para a linha da frente, coisa que não é costume ver internistas a... a trabalhar horas, horas e horas e horas, é mais coisa de cirurgião. Agora não é assim. E o facto de não haver rigidez ou necessidade de cumprir um horário. Eu penso que isto se prende com duas ordens de razões: uma delas, de facto, é evitar que haja profissionais num... numa instituição onde se podem contaminar sem necessidade, porque o que estão a fazer havia outro que fazia. Em vez de estarem cinco numa enfermaria, cinco médicos, podem estar dois. E na semana seguinte trocam. Portanto, isso foi feito, e acho que é inteligente, é para evitar a probabilidade de contágio, mas eu penso que é também a cereja no topo do bolo, porque daqui a uns dias, e já não vai faltar muito, quando a capacidade hospitalar estiver saturada, nós vamos ser chamados todos para a linha da frente. E, portanto, fomos poupados, ninguém andou a controlar-nos este tempo, mas agora vocês são chamados e daqui ninguém vos tira, não é? Portanto, penso que é uma forma... é gerir as necessidades com os recursos existentes, é o que eu acho.

Investigadora – Acredita que estas condições para lidar com a epidemia são iguais nos hospitais públicos e nos privados?

Carolina – *Não conheço a realidade nos privados. Não sei como é que está...*

No último parágrafo, compreendemos toda a dinâmica de alterações físicas na estrutura hospitalar que permitiram segregar doentes infetados de doentes não infetados,

no sentido de facilitar os trajetos de acesso às unidades de cuidados intensivos de apoio ventilatório. Do mesmo modo, os profissionais são separados nas horas de intervalo, na medida em que os horários de refeição se prolongam para poderem recebê-los por turnos, evitando assim a proximidade física e a socialização. Realçamos, ainda, o papel do anestesista, aqui venerado pelo facto de estar na linha da frente e representar uma capacidade de trabalho que, em contexto de bloco operatório, é apanágio do cirurgião.

Na mesma linha de Strauss *et al.* (1963) e Strauss e Maines (1993), Carolina apela a uma articulação entre as tarefas dos vários grupos neste quotidiano hospitalar afetado pelo vírus, que implica uma nova ordem, a qual será explicada na próxima secção.

VI.3.1 – A (des)ordem disruptiva: fatores críticos de mudança

Como se pode avaliar pela entrevista de Carolina, o postulado de Strauss tem nesta crise pandémica um dos seus maiores argumentos: a ordem coordenadora e conciliadora das rotinas dos indivíduos em contexto de trabalho fundamenta-se em negociações verticais ou horizontais padronizadas, sujeitas a renegociação dos acordos e sustentam as relações organizacionais (Strauss & Maines, 1993). No contexto do surto inicial, a ordem inverte-se pela suspensão das cirurgias planeadas, pela redução da condição dos tratamentos urgentes a episódicos, transformam-se doentes programados em urgentes ou arquivam-se nas listas de espera, e reconfiguram-se os calendários, com uma nova organização do tempo. Os testemunhos deixados pelas entrevistas revelaram o impacto que potenciou a nova ordem: os doentes internados para cirurgia podiam nunca chegar a ser tratados, pois a atividade assistencial foi reduzida aos mínimos e a atividade eletiva foi cancelada. No que respeita ao espaço principal do ato cirúrgico, o bloco operatório, as salas são reduzidas, assegurando apenas a urgência. Em muitos hospitais públicos, o bloco central passou a funcionar como Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para doentes COVID positivos.

O bloco central passou para o ambulatório, portanto de cinco salas, em que uma era da urgência, passámos para três, e uma é de urgência, a outra é de traumatologia da ortopedia... urgência da ortopedia e só outra é que é para eletivos, que basicamente é para oncológicos. É o que fazemos neste momento. Portanto... deixámos de ter bloco central. O bloco central foi transformado em cuidados intensivos COVID, e passou de cinco salas de bloco e um recobro a ter uma capacidade

máxima para dezoito doentes ventilados e uma sala de bloco para operar doentes COVID. Os cuidados intensivos estão iguais. Os cuidados intermédios mudaram de espaço físico, estão a mudar neste momento, que estavam em obras e acelerou-se as obras todas para poderem ir para lá os cuidados intermédios, para libertar o espaço que eles estavam a ocupar na urgência para poder ser para doentes COVID... ou para... não é para doentes COVID, é para doentes suspeitos de serem COVID, a aguardar o teste, para poderem subir para as enfermarias. A urgência foi dividida a meio, em respiratórios e não respiratórios, passou a ter duas salas de emergência diferentes, passou a ter duas triagens diferentes, passou a ter uma barreira física, um elevador único entre a urgência COVID e as enfermarias e os intensivos COVID. Dividiu-se basicamente o hospital, conseguiram isolar isso. Mais... fizeram umas tendas militares lá fora para os doentes que não precisam de estar numa cama, para serem testados e assim. Há um bar... há uma sala para nós comermos se estivermos de urgência ou nas enfermarias COVID, para não nos misturarmos com as outras pessoas. Portanto, não... levam a comida lá e nós pagamos depois e assim. Mais... duas... duas enfermarias do departamento de cirurgia... que foi uma da ortopedia e a de especialidades cirúrgicas, foram transformadas em enfermarias da medicina interna COVID, porque são as que têm acesso ao tal elevador...

(SS020520)

A renegociação é automática e contínua: os diferentes grupos de trabalho entram em processo de rotação para assegurar internamentos e urgências, e as consultas passam a ser por telefone. Esta realidade é transversal a hospitais públicos e privados, mas a maior preocupação do setor privado é a da diminuição da produtividade que fundamenta a remuneração dos cirurgiões. Por outro lado, o setor privado implementou a segmentação dos doentes por hospital. Um dos grupos de larga escala do setor privado preparou um dos hospitais para dar apoio, em caso de necessidade, aos doentes infetados do SNS:

“A criação da teleconsulta. O cancelamento... a inexistência de atividade programada que não seja prioritária. A rotação de profissionais (...). Há uma diminuição da produção abismal. (...) O [hospital pequeno do grupo privado], não (...). Nós temos o [hospital maior do grupo privado] que já disponibilizou o hospital para receber doentes e que tem recebido os doentes associados ao COVID.”

(MM260320 – Hospital Privado – ARSLVT)

Outras especialidades passam a ter preponderância na tomada de decisão dos doentes cirúrgicos, em virtude do seu papel dominante, de conhecimento especializado e de controlo na COVID, ultrapassando as barreiras da sua jurisdição (Goldman & Xyrichis, 2020): os internistas e os anestesistas. As máscaras deixam de ser exclusividade

da vida operatória: se, por um lado, são usadas como um símbolo de ameaça à interação com os outros (Perlstdat, 2020), por outro, fazer contacto visual por cima de uma máscara tornou-se outro momento compartilhado de afirmação ritual (Dougherty, 2020). Os próprios rituais de cirurgia (Selzer, 2001) alteraram-se: na sala operatória já não se vê um cirurgião de *fórceps* na mão, mas sim (quando há disponibilidade de EPIs) o que mais se assemelha a um ‘escafandro’ de capacete e fato insuflado que nada deixa a descoberto, a não ser umas mãos embrulhadas em dois pares de luvas esterilizadas; na enfermaria abandona-se o toque, a palpação, que é o guia de diagnóstico mais fidedigno com que o cirurgião conta. Como alertam Moran e Green (2020), as mudanças operadas pela COVID, na forma como as pessoas tocam e experienciam o toque, requerem consideração, tendo em conta que, nas áreas clínicas, o toque representa uma forma crítica de comunicação e cuidados.

(...) Numa segunda fase, alteração completa da maneira de trabalhar. Alteração completa de ir ao bloco, levar alguém ao bloco. Se não tinha teste COVID, e o teste COVID não apareceu no imediato – este, o rápido –, tinhas que ir fazer aquela... meter o EPI, não é? E isso faz com que as condições operatórias não eram depois as melhores, porque ficava tudo embaciado. As viseiras que nós tínhamos, até que percebêssemos que o material podia ser com um ou outro ajuste para permitir que a gente estivesse lá horas num ato operatório que é banal, um ato operatório que demore mais do que uma hora. Isso foi uma diferença franca. Nas enfermarias deixou de haver contacto com o doente, de uma apalpação abdominal, é tudo agora com outros tipos de postura, onde praticamente ninguém pode tocar em ninguém...

(OM151220)

O recurso ao improvisado, pela inexistência de materiais de proteção ajustados à cirurgia de doentes infetados, vê-se nas situações mais complexas; os cirurgiões passam a usar sacos de plástico para substituir as perneiras protetoras e materiais que não se ajustam ao corpo. As normativas que vão chegando da tutela vão-se alterando em função do panorama, e os cirurgiões sentem uma desorientação para reorganizarem os seus hábitos e uma insegurança no tratamento dos doentes.

“Estamos a operar doentes com COVID e doentes oncológicos, mas o material que nos fornecem para operar doentes com COVID não é adequado. (...) Em vez de perneiras, sacos de plástico... em vez de cogulas... barretes, máscaras não se adaptam à cara e deslizam, saem do sítio... se deixam de exercer a função, estamos mal. E... e à medida que o equipamento vai esgotando, vão saindo normas a dizer que, afinal, aquele equipamento não é necessário, pode-se trabalhar com

o equipamento normal, o que nós sabemos que não é verdade. (...) Não é que possa proteger ou não, é que existe uma... uma série de normas para... como é que se diz?... Para... remover o equipamento e essas normas... são... feitas de tal maneira, que nós removemos o equipamento sem nos contaminarmos e sem contaminarmos outra pessoa... ou outras pessoas. Com estas coisas dos sacos de plástico, por exemplo, é impossível removê-los sem contaminar a nós ou outra pessoa. Desta vez, aconteceu isso porque eu estava com... estava com o doente anestesiado, mas... mas... portanto, apanhou-me de surpresa, não é? O doente anestesiado já... enfim, agora, a próxima vez, não deixo anestésiar o doente sem ver o material completo. E, mesmo assim, ainda me recusei a operar porque aquela coisa que se põe na cabeça, que se chama cogula, não havia, e eu disse que não operava o doente. E foram arranjar uma... para mim e para o meu ajudante, porque eu também recusei se não arranjassem para ele também, e lá arranjam, mas aparentemente isso vê-se... as coisas estão esgotadas lá no hospital, aparentemente... eu não sei o que se passa na realidade, estarão esgotadas nos blocos... e estão, saiu uma norma a dizer que não são precisas para nada. Veja lá bem. Portanto, está a ver para onde é que isto caminha... [Entrevista 2 semanas depois.] Houve alturas que não tive, mas eu tenho porque resolvi... tomar as minhas providências e, como não havia no hospital, comprei eu aquilo que precisava. (...) Há três semanas ou quatro semanas... eu entendi que o material seria imprescindível para minha segurança e para segurança dos doentes, então adquiri eu o material adequado que não havia no hospital.”

(HV060420)

Neste sentido, a pandemia introduziu mudanças significativas em termos de socialização, motivadas por este esforço de compreender a doença e olhar para o próprio corpo como veículo transmissor. As fronteiras entre médico e doente, antes assinaladas por Parsons (1951) como estáveis, dissiparam-se de forma brusca e inesperada: os seus papéis reduziram-se à pessoa humana enquanto possível ‘veículo transmissor’. Dougherty (2020, p.32) realça que a imagem que maior medo evoca é a de uma pessoa ligada a um ventilador, sozinha numa enfermaria de um hospital; uma imagem visceral que exhibe um corpo isolado vitimado pelo vírus. A tomada de decisão foi limitada pelos condicionalismos da relação médico-doente, como podemos interpretar pelo depoimento recolhido que se transcreve:

Passou-se, por exemplo, com um doente meu, em que tivemos uma complicação de uma cirurgia que foi, nomeadamente, um abscesso de uma loca de colecistectomia. Se calhar, noutros tempos, teríamos optado por não fazer uma abordagem tão interventiva e optado, talvez, por uma drenagem percutânea da coleção, mas naquele... naquele dia, em que tivemos o diagnóstico, a nossa... primeiro pensamento foi ‘não, não, vamos operar o senhor, independentemente de tudo o

resto, porque o hospital [de fim de linha] vai estar impossível para nos marcar o que quer que seja de abordagem não... uma abordagem menos interventiva, não é? (...) De facto, a gente interveio cirurgicamente, mas o doente, neste momento, tem uma infeção de ferida operatória que não tinha anteriormente. Portanto... e lá está, o doente outra vez mais tempo internado, a fazer mais antibiótico, a fazer mais penso, a consumir mais dias de internamento.

(MA020420 – Hospital do Grupo I – ARSLVT)

A transição das categorias é rápida e disruptiva na (des)ordem hospitalar e no restabelecimento da nova ordem, uma ordem que se vai renegociando diariamente durante anos até ao ponto expectável de um quotidiano mais sereno. Dos recursos materiais aos humanos, dos dilemas éticos às menos boas práticas, do medo à ação, os cirurgiões foram reinventando uma nova forma de tratar. Nas seguintes secções, especifica-se cada uma das categorias investigadas e os testemunhos registados.

VI.4 – Os recursos materiais

De acordo com Hayward (2014), qualquer catástrofe sublinha as dificuldades e as consequências humanas de priorizar recursos escassos como antivirais, vacinas, serviços de saúde sobrelotados, cuidados intensivos, acesso a ventiladores e a incapacidade de a comunidade investigadora rapidamente facultar novos tratamentos e publicar resultados com a rapidez necessária. O elemento comum a todos os hospitais nas primeiras semanas de pandemia foi a inexistência de equipamentos de proteção individual, ora por desvio interno⁷⁴, ora porque o mercado fornecedor entrou em rutura. Os cirurgiões evidenciaram não ter meios materiais para se protegerem da infeção. Os principais recursos em falta elencados foram as máscaras, os equipamentos de proteção recomendados pela Organização Mundial de Saúde, ventiladores, fardas, gel desinfetante, viseiras, morfina para os doentes, *Betadine*, soro fisiológico, carros de pensos, cogulas, proteção de sapatos, batas e testes. Esta revelação de ausência de proteção perante os doentes infetados causa grande insegurança nos profissionais. Os cirurgiões queixam-se de que não são adquiridos materiais para tratamento de outros doentes, nomeadamente cirúrgicos, o que dificulta o exercício da profissão. Por outro lado, verifica-se uma consciência coletiva de que o material de proteção esgotou no mercado de fornecimento,

⁷⁴ Foram recolhidos relatos de roubo de máscaras e gel no interior das próprias instituições.

apesar de a tutela ter disponibilizado verba para a aquisição destes, o que não poupa críticas à “má economia dos hospitais, desorganização, falta de previsibilidade e ausência de um ajuste das regras à escassez do material”. Esta “desorganização” da tutela, para além de denunciar uma “desigualdade na distribuição de recursos” entre as várias instituições, obriga a um “desenrasque” dos médicos, a quem foi imposto um racionamento diário – e, em certos casos, semanal – de máscaras. Alguns revelam que compram o seu próprio EPI fora do hospital e outros reivindicam muito para os conseguir dentro da instituição, visto que “o material está fechado a sete chaves e é uma guerra conseguir para operar”. Os hospitais não estavam minimamente preparados para lidar com a pandemia e a simples menção a um pico pandémico provocava ansiedade.

Dão-nos uma máscara por turno para ir ao bloco – e isso não é passível de se conseguir orientar –, porque dizem que não há máscaras suficientes... (...) Por exemplo, a sala dos médicos, ainda pode estar lá o número de médicos que quiser – com ou sem máscara! Não é obrigatório o uso de máscara! (...) Neste momento, no [hospital privado], sim, [há máscaras], porque a minha... a minha atividade profissional é muito limitada. No [hospital público], não, porque estão... ainda estão a racionar, por exemplo, muitas máscaras... dão-nos uma máscara por turno para ir ao bloco e isso não... não é passível de se conseguir orientar, porque dizem que não há máscaras suficientes (...) ainda vejo pessoas... por exemplo, para fazer a sua atividade profissional dentro do hospital, com a própria roupa, mesmo que a vão tirar e tudo mais... podia ser distribuído a todos já em casa... e não é só distribuídos, é ser obrigatório, não é? Ser obrigatório nós entrarmos no hospital e vestirmos a roupa, e sairmos do hospital com a nossa roupa e deitar aquela roupa fora, roupa descartável. E não, a maior parte dos colegas esteve a fazer... vi os tarefeiros... os tarefeiros do exterior estavam a fazer a tarefa com a roupa da rua. [2 semanas depois da 1.ª entrevista.] Ontem, eu queria pôr o meu fato num saco descartável [para proteção] e não me queriam dar, quase que tinha que meter um requerimento.

(VS180320 – Hospital do Grupo III – ARS Norte e Hospital Privado)

Do ponto de vista da gestão, o evento teve efeitos nefastos nas rotinas de trabalho, essencialmente pela impossibilidade de adquirir recursos. O mercado estava em rutura (Rosenbaum, 2020) e os preços dos dispositivos de proteção aumentaram até 100 vezes mais. Os administradores viram-se sem condições de comprar material e na iminência de abrir novos concursos para colmatar as necessidades em termos de quantidade, tanto de máscaras como de camas. Por outro lado, tiveram de debater-se com a falta de pessoal, devido ao isolamento obrigatório por infeção ou proximidade.

A maior dificuldade que alguma vez aconteceu foi a abertura de concursos em que tínhamos um estudo prévio sobre os preços unitários de cada um dos materiais e os preços dos materiais subiam de dia para dia. Isso inviabilizou muito a realização dos concursos que se vinham a fazer porque, quando abrimos o concurso, o preço que nós tínhamos de abertura já estava desatualizado e já ninguém concorria. Nos primeiros de... de 15 de março até 15 de maio do... de 2020, foi praticamente impossível realizar concursos por causa disso. Teve de ser, grande parte, em ajustes diretos, porque os preços não... ninguém concorria. Hoje, dizem um preço, amanhã, quando se abra o concurso, o preço já estava totalmente alterado. Esse foi um... (...) Existia uma procura como nunca teria acontecido, acredito eu, no mercado, e a oferta era muito escassa, quer em luvas, sobretudo nas... o que mais impressionou foi a questão das luvas e foi a questão das máscaras. Isso, sim, foi os... os que subiram, em termos de margem de preço de custo final, foi o que aumentou mais. Algumas coisas aumentaram, podemos dizer, 100 vezes o preço.

(DM220421)

Apesar de a afluência populacional ao setor privado ser praticamente nula, a escassez de material essencial, sendo um problema de mercado, foi-lhe transversal. Também no interior das instituições privadas se verificou o furto de dispositivos básicos, motivo que conduziu ao racionamento por parte da gestão. Mesmo assim, o setor privado podia munir-se de um armazenamento prévio que no setor público não era possível⁷⁵. Contudo, a aquisição de testes era mais facilitada, pois não foram sujeitos à contenção de preços de compra que os hospitais públicos sofreram.

Não temos, mas eu acho que isso é geral. (...) Eu acho que até o próprio pessoal... ahmmmm... levou máscaras e, portanto, houve logo uma falta antes de se começar a usar (...). Nós estamos a fazer medidas de proteção básicas... ahmmmm... Contando com os doentes que não estão infetados, não é? Porque quando há doentes infetados, ou suspeitas de infeção, aí as medidas têm que ser com muitos mais meios e não há pra todos... Não há, e isto não é um problema do nosso hospital, acho que isto é um problema geral! (...) Portanto, está a haver um controle do que se está a pôr em circulação, percebe? Assim que começou isto, começaram a tirar garrafas de Sterillium [desinfetante] e...sabe, no meu hospital, onde há pontos de água, antes havia sabão e havia Sterillium... agora, tiraram o Sterillium... quem quiser lavar, lava com água e sabão! Não precisa de álcool! Que é pra gastar menos e para evitar que as pessoas levem.

⁷⁵ Os hospitais públicos, desde a última década, deixaram de fazer *stocks* de material, não só porque representam um investimento parado, que no passado causava um grande défice – o material armazenado em excesso, quando não consumido, expira a validade e é descartado para o lixo –, como pelo facto de as empresas fornecedoras disporem de mecanismo de entrega em 24h, sem custos acrescidos ao hospital. Por outro lado, os hospitais privados seguem a mesma filosofia, mas como não têm grande afluência de doentes infetados, conseguem mais facilmente gerir o material disponível.

Somente no mês de maio foi possível recolher testemunhos mais positivos que revelavam uma maior organização na aquisição e gestão de dispositivos de proteção. Os cirurgiões alegam existir, então, “fartura”, mas apenas depois de ter passado o momento mais crítico: a 1.^a vaga, pelo que persiste a dúvida de haver ou não condições materiais para enfrentar a esperada 2.^a vaga. A maioria revela que o material conseguido apresenta uma baixa qualidade, e os hospitais do interior, que não chegaram, nesta fase, a receber doentes COVID, são os que revelam não ter sentido falta de recursos de proteção individual.

Neste momento, sinto que tenho... embora à custa de... digamos, muita... reivindicação, muita luta, muita exposição que foi necessário realizar. Mas também sei que o pico de doentes não foi aquele que poderia ter sido, graças à... ao isolamento social da população, mas, para o final de maio, acho que deverá haver outro pico, que será maior do que este atual pico que houve, e aí já tenho algumas dúvidas se vamos ter ou não material suficiente.

(CR230218 – Hospital do Grupo I e Privado – ARS Norte)

VI.5 – Os recursos humanos

Nas primeiras três semanas de entrevistas, os relatos eram de um caos instalado, que variava ora entre região, ora entre grupo de hospital, ora entre público e privado. Os blocos operatórios foram cancelados por decreto ministerial e cada cirurgião relatava um novo *modus operandi* que retratava paradoxos de atuação entre hospitais. Se, por um lado, alguns hospitais sobrecarregavam os cirurgiões com tarefas burocráticas, urgência e consultas à distância, outros segmentavam-nos em equipas de trabalho rotativas. Alguns cirurgiões consideravam não ter tarefas atribuídas pela sua administração ou direção, e prostravam-se perante um sentido de inutilidade, enquanto os ‘seus’ doentes ficavam por operar. A ausência de anestésistas mostrou ser uma determinante negativa na atividade da cirurgia geral em cirurgia de urgência e de doentes oncológicos, mas também no setor privado, dado o governo ter impedido os profissionais de alternarem entre o setor público e o privado, tendo de dedicar temporariamente a sua atividade em exclusivo ao setor público – o que nem assim solucionou a escassez de anestésistas no setor. Os indivíduos tiveram de organizar novos circuitos e criar novas formas de tratar os doentes. Não houve,

contudo, uma unanimidade nas respostas em termos da forma como a ação se desenrolou, o que refletiu que não houve um modelo funcional transversal a todas as instituições. Cada hospital assegurou uma reestruturação em função dos doentes que recebia. De forma inevitável, os hospitais de maior afluência populacional, geograficamente situados nas grandes cidades, recorreram a medidas de resposta mais agressivas e organizaram os recursos humanos de modo a poderem absorver não só os doentes locais, como os que chegavam de hospitais de menor dimensão, que não tinham equipamentos, pessoas ou condições de tratamento ajustados à necessidade. A cirurgia geral não teve, portanto, um padrão único de atuação, motivo pelo qual alguns hospitais conseguiram realizar parte da sua atividade cirúrgica e outros se restringiram à cirurgia de urgência. Nestes relatos identificam-se o grupo de hospital e a ARS de responsabilidade, de modo a proporcionar uma visão mais estreita da realidade de cada instituição. Apuramos uma maior necessidade de anestesistas na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e uma maior atividade nos hospitais do Grupo III da ARS Norte. O Alentejo foi poupado na 1.^a onda do vírus, em virtude de os primeiros doentes infetados terem aparecido mais tarde. Foi no litoral norte que a 1.^a fase foi mais crítica.

Se houver gente suficiente, não é necessário estar a sobrecarregar os profissionais da forma como está a acontecer. (...) O problema é que ninguém também tinha uma bolsa pra poder agilizar aquisição que viesse em cenário de catástrofe. A única que realmente se salienta é que os profissionais de saúde se organizaram pra tentar dar uma melhor resposta, e inventaram, reinventaram, cada um dos hospitais, de modo a poderem dar resposta àquilo que veem lá fora...

(MP200320 – Hospital do Grupo I – ARS Norte)

Ficámos... ahmmmm... limitados aos anestesistas do hospital e um ou dois que vêm daqui das áreas periféricas até Lisboa. (...) Criámos cinco equipas de 4 ou 5 elementos, que rodam de semana a semana, e esses 5 elementos estão uma semana a tratar da enfermaria, das altas, dos doentes internados pela urgência, dos doentes operados...ahmmmm... Na semana seguinte, vão para casa e vem a equipa número 2... e assim sucessivamente. (...) Se uma equipa tiver um covid positivo na sua equipa, toda a equipa entra em quarentena.

(AS170320 - Hospital do Grupo II – ARS Alentejo)

Aquilo que... que eu noto que tem sido a principal dificuldade dos hospitais é... criar mecanismos de segurança para... para quem está envolvido nisto. Este, acho que tem sido o principal... o principal constrangimento dos médicos e dos enfermeiros (...) é nós percebermos que, se existem doentes ali perto, nós não temos capacidade de ter, no imediato, dispositivos de... de batas

descartáveis, de luvas descartáveis, de máscaras, o racionamento de máscaras começou imediatamente ainda quase não havia casos, portanto... onde houve claramente um... um deficit de... de organização foi na capacidade de ter stocks de material de... de proteção, que obviamente são a primeira garantia de que toda a gente esteja disponível para poder continuar a desempenhar as suas funções, não é? A senhora da limpeza do bloco de partos, que devia estar limitada apenas ao bloco de partos, estava a ser requisitada para outros serviços, e ela... ela, que tem uma função fundamental nesta cadeia de... de interdependências, ela própria estava a trabalhar sem... sem utilizar uma máscara. (...) É uma fase... emocionalmente, é uma fase difícil para todos, nos diversos patamares, é uma fase difícil. (...) Sei que alguns hospitais privados... como [grupo privado], propuseram... como os seus profissionais vão ficar agora inativos em grande parte do tempo, que propuseram para o próximo mês fazer um cálculo daquilo que é... que eram os seus... as suas receitas... as suas receitas médias nos últimos meses e, independentemente da atividade, pagarem-lhes vencimentos na mesma proporção, que é uma atitude bastante... bastante motivadora e bastante e... e de louvar. (...) Há um grupo de profissionais que está hiperativo, muito exposto, completamente açambarcado em trabalho, que são os intensivistas, que são os internistas, os pneumologistas, os infeciologistas, e depois têm um grupo de profissionais que está... como que em aquecimento permanente para ver no dia em que seja preciso... se... se estão ou não disponíveis para intervir.

(ML180320- Hospital do Grupo II – ARSLVT)

(...) Porque vão começar a existir colegas que vão estar doentes, porque temos uma série de doentes que estavam internados no serviço de cirurgia e que... não referenciados como... já estavam internados há uma ou duas semanas, e... e vão ser COVIDs positivos, alguns deles já são. E o que vai acontecer é que vai haver uma série de colegas que vão ter que deixar de trabalhar e, portanto, eu, a qualquer momento, estou, digamos, mobilizável, ou seja, eu posso passar de, em vez de estar a fazer um dia de urgência e um dia de visita com eventual visualização de consultas prioritárias, eu posso estar a fazer três dias de urgência naquela semana.

(LV010420 – Hospital do Grupo II, ARS Norte)

Anestesistas é, de facto, a grande carência de todo... toda uma unidade hospitalar que tenha bloco operatório. Eles não... não se... não são clones, portanto, os... principalmente, então, os hospitais do Estado, têm que pensar que têm que... para os contratar ou para os... para os chamar de novo para... para... para as suas unidades, têm que ser apelativos, têm que ser contratos com... não é? Tem que se ir... bem, eu acho que nem é preciso estar-lhes a dar grandes fortunas, muitas vezes, é só dar... que os anestesistas se identifiquem com o hospital e com o projeto.

(CB080520 – Hospital do Grupo III, ARSLVT)

Do ponto de vista da administração, é evidente a preocupação com a baixa produtividade condicionada pela paragem cirúrgica, o que implica o incumprimento dos contratos-programa com o Ministério da Saúde e uma redefinição de estratégias. No caso deste hospital do Grupo III, a cirurgia programada nunca parou por completo⁷⁶:

Os cirurgiões-gerais e... e todos os profissionais da cirurgia tiveram a atividade resumida apenas... posso dizer quase a consultas, e muitas delas eram teleconsultas, porque... era evitar todo o contacto e a circulação de doentes, era evitar contacto e a circulação também de profissionais, e os cirurgiões praticamente fizeram teleconsulta, porque a atividade continuou, mas de uma forma... vamos dizer, tivemos um período onde a atividade cirúrgica era... chegou a ser 20% do que seria em condições normais. (...) Era urgência ou casos oncológicos e muito prioritários.

(DM220421)

Para recuperar a produtividade – uma questão que voltou a ser estudada no final das duas primeiras grandes vagas –, as estratégias de algumas instituições do SNS assentam em programas de cirurgia adicional (SIGIC) ou no recurso a prestadores privados, que podem ser em mão de obra contratada ‘à peça’, como no estabelecimento de contratos com entidades privadas⁷⁷:

“O que estamos nós a fazer é a fazer adicionais e... e, fundamentalmente, quando não podemos recorrer à privada, nós estamos a recorrer a prestadores de serviços externos de... de algumas especialidades que vêm às nossas... nós pagamos, eles vêm à nossa instituição e fazem as consultas e os exames.”

(RA291020)

VI.6 – Novas formas de divisão do trabalho e efeitos das atuais condições no cirurgião

Os impactos da pandemia por COVID-19 nas práticas e no campo dos cuidados de saúde interprofissionais sublinham as teorias sociológicas da profissionalização,

⁷⁶ A ARS disponibiliza relatórios de transparência com informação da produtividade de cada hospital. Ex.: <http://www.arsnorte.min-saude.pt/transparencia/>.

⁷⁷ Note-se, a título de exemplo, que o Hospital Garcia de Orta alugou temporariamente uma sala operatória no Hospital Privado dos SAMS para poder cumprir com o contrato de recuperação de listas de espera.

divisão do trabalho nos cuidados de saúde, jurisdição profissional, fronteiras e negociação, e reforçam que os fatores contextuais influenciam as interações interprofissionais. Foi louvável e notório um discurso de trabalho de equipa e de suporte às especialidades da linha da frente e de expressões que realçaram a união entre profissionais, que se tornou mais forte e mais estreita durante as épocas mais críticas (Goldman and Xyrichis, 2020). Não obstante, num ambiente hostil, condicionado por fatores externos (como as constantes mudanças estratégicas, políticas e da DGS) e internos (como a presença inegável de um vírus de propagação acelerada, as mudanças operadas nos circuitos, modos de trabalhar e horários reconfigurados e mortes de colegas), os cirurgiões-gerais experienciaram a impotência do agir. Quanto mais longa a permanência no hospital, maior a possibilidade de contrair a doença. Quanto maior a atenção dirigida aos doentes COVID, menor a atenção dispensada aos doentes cirúrgicos. As reuniões de serviço foram temporariamente canceladas pelo maior risco de exposição, pelo que a interação entre os profissionais se restringiu ao mínimo contacto indispensável. Como explica Correia (2012, p.163), as opções da ação individual não se desprendem de causas externas e a complexidade circunstancial anulou o campo de possibilidades de ação. Habitados ao controlo de instrumentos e corpos – habitualmente silenciosos e incommunicantes – num espaço muito próprio, em que prevalecem os seus modos de definição (Fox, 1993), e à adrenalina que salvar vidas lhes proporciona, o cancelamento das cirurgias expôs a incapacidade da aplicação da *expertise* dos cirurgiões-gerais no seu campo de domínio, causando o sentimento de impotência. Por outro lado, o novo modo de equipamento para operar impede a proximidade com o doente, para além de potenciar más práticas em virtude do sobreaquecimento e da falta de oxigénio sentidos ao fim de pouco tempo de cirurgia. Os cirurgiões que se subespecializam em áreas cirúrgicas e, através dessa especialização, se diferenciam, ressentem-se de não poder intervir e de ver estagnado o seu desenvolvimento profissional, pela limitação às patologias urgentes. Correm boatos entre os médicos de que a pressão das primeiras semanas foi tão grande que motivou o suicídio de um diretor clínico de um hospital público. A frustração e a desmotivação começam a ocupar nos cirurgiões o espaço que antes estava entregue às consultas e às cirurgias.

Morreu hoje o diretor clínico do [hospital público]... (...) Não por COVID diretamente, mas... a suspeita que existe é que ele tenha... se tenha suicidado e... e a pressão exercida neste momento

sobre as estruturas hospitalares e sobre os postos de comando pode não ser indiferente a isto, percebe? Uma pessoa... uma pessoa que... que seja muito... enfim, muito exigente para consigo própria, em termos de gestão de... de uma situação desta gravidade, pode criar desequilíbrios deste tipo. Se há ou não uma relação com a crise epidémica, não lhe sei dizer, mas que... que ele era uma pessoa com uma estrutura muito... de personalidade muito... muito forte e muito exigente, era. (...) Se calhar, um dia, vamos perceber que podem ter morrido mais doentes ou ter sofrido danos mais doentes indiretamente, por termos suspenso a atividade, do que aqueles que vão de facto ser vítimas desta epidemia. (...) No meu serviço, há duas pessoas jovens que estão... que fazem imunomoduladores e que estão em casa, a trabalhar a partir de casa, a fazer tarefas administrativas, etc., mas há outros serviços em que a direção de serviço não contemplou este tipo de risco, considerando que as pessoas devem ir para o hospital e depois ficarem resguardadas no hospital. Portanto, não há uma uniformidade de... de ação... (...) passaremos a ter o equivalente, mais ou menos, a uma sala por semana para onde se convergem os doentes mais urgentes.

(ML280320)

VI.7 – Consequências das atuais condições no bom tratamento dos doentes

A possibilidade de ‘curar’ e de atingir o ‘sucesso’ cirúrgico (Fox, 1993) desaparece do quotidiano dos cirurgiões. Os discursos do ‘cuidar’, do ‘tratar’, do ‘restabelecer’ qualidade de vida ao doente expiram no vocabulário dos indivíduos e fazem-se substituir por um vocábulo pouco apetecível, como ‘doença’, ‘piorar’, ‘adiamento’, ‘listas de espera’, ‘contágio’. Desvanecem-se o tão reforçado exercício de autoridade e a autonomia, conquistados pelos saberes especializados (Carapinheiro, 1993; Serra, 2008; Correia, 2012), que poderiam ter restado de uma arreigada implementação de regras de cariz gestor nas duas últimas décadas, dando lugar a uma metamorfose do papel de ator no papel de plateia (Goffman, 1975), antes raramente vivido no ato cirúrgico. A interferência de outras especialidades nos doentes de cirurgia representa uma quebra de autonomia e uma impossibilidade de atuar em função da sua cura cirúrgica. Como afirma Tiago Correia⁷⁸, a concentração nos doentes COVID não poderia ter descurado as outras doenças. As entrevistas relatam os contras desta reformulação dos

⁷⁸ *Vd.* “Um olhar sociológico sobre a crise covid-19”. Observatório das Desigualdades. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=SJPb_oW0kVg.

cuidados. São os doentes cirúrgicos quem perde maioritariamente, ao entrarem nas listas de espera que passaram de duas semanas a dois anos, ou que viram cancelada a sua consulta. Há uma desorientação dos doentes dentro dos próprios hospitais, que passam a ser divididos por parâmetros de determinação do vírus e não pelos da doença cirúrgica, conduzindo a diagnósticos erróneos. Por outro lado, os cirurgiões temem operar os casos mais difíceis, com receio de não poderem garantir a sobrevivência do doente. As técnicas mais invasivas repõem-se no bloco operatório, aumentando os riscos de morbilidade. Os doentes mais velhos ficam em espera, dando lugar aos que têm maior esperança de vida. Os programas de recuperação, como a fisioterapia, são suspensos, bem como os meios auxiliares de diagnóstico, o que atrasa a deteção de doença e recuperação dos doentes.

Esta desorganização não ajuda a que os doentes sejam bem orientados. Teoricamente, há uma divisão formal: doentes com sintomas respiratórios e doentes sem sintomas respiratórios na urgência, logo à entrada. Eles são divididos nestes dois grupos. A questão é que a própria doença, a COVID, não é linear. Há doentes que, no fundo, acabam por não ter sintomas respiratórios e podem ter sintomas como dor abdominal, diarreia, outras coisas, e podem... ser COVID. Portanto, essa separação em si também não é 100% segura. E o que nos tem acontecido em casos particulares é: se o doente entra e tem sintomas respiratórios, vai para a parte dos respiratórios, mais protegido, fica no grupo dos respiratórios e é avaliado pelos colegas médicos. E, nalguns casos, depois começam-se a queixar de outras coisas, de dores abdominais, de vômitos, e acabamos por descobrir que o doente acaba por ter um quadro agudo que foi, digamos, orientado para a parte dos respiratórios, e por isso não lhe prestaram muita atenção, e descobrimos doentes que, se calhar, deviam ter sido apanhados e vistos e orientados pela cirurgia mais cedo, e acabam por estar embrulhados naquela confusão da separação dos respiratórios e não respiratórios e são tratados mais tarde. Além de... bem, não podemos esquecer-nos do receio, a forma como nós observamos os doentes, apesar de tudo, é diferente. Nós estamos habituados a apalpar barrigas, a vê-los bem. Nós próprios, devido a essas condicionantes dos problemas de proteção, inconscientemente, temos alguma dificuldade, às vezes, na avaliação clínica do doente. [2.ª entrevista, 3.ª semana de abril.] Aquilo que poderá não estar a ser bem feito é que temos uma série de doentes que poderão estar a evitar recorrer ao serviço de urgência... com situações que podem ser potencialmente graves e com as quais nós vamos ter que lidar um bocadinho na era pós-COVID... Isso é que pode ser um bocadinho complicado. (...) Só de urgência, não de rotina. De rotina, não. De rotina, continuamos só a fazer doentes prioritários, que são basicamente os doentes oncológicos.

(LV010420)

Os meus colegas não querem operar porque os doentes que foram a semana passado operados às obesidades, houve uma doente que complicou. Sabe-se lá agora quais são os cuidados que esta doente vai precisar, não é? Imagine que ela precisa de intensivos...? É menos uma cama que vamos ter, não é?

(VS180320)

Se calhar, um dia vamos perceber que podem ter morrido mais doentes ou ter sofrido danos mais doentes indiretamente, por termos suspenso a atividade, do que aqueles que vão de facto ser vítimas desta epidemia.

(ML280320)

Ao longo do tempo, mais precisamente meio ano mais tarde, os cirurgiões vêm a verificar os danos provocados nos doentes que não foram tratados. O adiamento das cirurgias e o receio de os doentes se dirigirem ao hospital em situações de emergência, por medo de tocarem em superfícies contaminadas e se infetarem (Moran & Green, 2020), resultam num agravamento da doença. Quanto mais tardio o tratamento cirúrgico, maior a possibilidade da evolução da patologia. Neste âmbito também se perde a previsibilidade da relação médico-doente (Parsons, 1951) e confundem-se os prazos de tratamento. Quando o doente retoma as consultas, os exames já não estão atualizados e têm de ser repetidos. Isto engrossa os tempos de cirurgia e as listas de espera. Por outro lado, nota-se uma disrupção com a tradição da consulta em que o doente vem acompanhado. O acompanhamento do doente pressupõe uma atenção superior à condição do tratamento, em que o familiar assume ‘a responsabilidade’ pela execução das diretrizes médicas, que se perde com as restrições impostas para a individualidade das consultas:

As patologias chegam mais avançadas. As pessoas têm medo de vir ao hospital. E... e grosso modo... hoje a pessoa vem sozinha, se estiver autónoma, claro, a não ser que seja uma criança ou seja alguém que não tenha capacidade para isso. E perante as doenças, às vezes de alguma magnitude, o acompanhamento da pessoa é importante. E hoje, com estas regras todas do COVID, isso é... enfim, meramente um exemplo do que estamos a ver, porque a grande circunstância, de facto, é que as patologias chegam em estádios mais avançados.

(OM151220)

“Houve muitos exames adiados, houve muitas consultas adiadas, houve... algum caos no início desta... deste contexto da pandemia e, de certa forma, vemos doentes com situações mais evoluídas, a nível da urgência há uma certa dificuldade em triar, ainda há muitos doentes que vão parar ao espaço COVID ou aos suspeitos respiratórios que, na verdade, têm patologia aguda

cirúrgica e depois demoram muito mais tempo a serem identificados. (...) A dificuldade aqui, quando a gente vê... um doente com uma ferida traumática do pescoço, com uma secção dos jugulares anteriores e tudo mais, que... que tivemos que meter neste contexto COVID, e é muito difícil... uma coisa aguda, com sangue por todo o lado, perceber o que é que se está a fazer quando se está com aquele escafandro todo. Tive há pouco tempo um doente, um traumatismo hepático grave, com... um rapaz de 34 anos, que teve um acidente de mota e... o Curry não recebe sem teste e, então, eu fico com... com um fígado... com uma fratura complexa no fígado aqui, sem poder transferir, porque ainda não tenho o teste COVID. Uma miúda que operei com... colón oclusivo que... que estava à espera de colonoscopia do... do hospital do Barreiro há três ou quatro meses, por causa do COVID. Há algumas coisas que são... são difíceis de digerir neste... neste contexto.”

(VM221020)

Do ponto de vista da gestão de um hospital mais pequeno, que não sofreu o impacto da doença na sua fase inicial, o agravamento dos estados de saúde nos doentes é explicado pelo seu afastamento dos hospitais, como refere o presidente de um CA:

(...) Porque muitas pessoas têm pequenos problemas e têm medo de ir ao hospital, nomeadamente AVCs, problemas oncológicos, problemas cardíacos, que têm sintomatologia, mas que, com medo do COVID, não vão ao tempo que deviam ir às instituições. (...) Nós aqui tivemos uma quebra de 40% de acesso à urgência. (...) Mas desses 30%, seguramente que... 10% deviam lá ir, independentemente de COVID ou não COVID. Agora, com o COVID, deixam de ir, não é? É nos AVCs, é nessa área que se nota muito mais... Têm pequenos sintomas de AVC que podiam ser logo tratados e têm de ser tratados nas primeiras 24 horas, sob pena de depois já não... já ser muito mais complicado o tratamento.

(RA291020)

VI.8 – Tratar da *melhor* forma a *maior* parte dos doentes

Numa abordagem utilitarista, que se enfoca no maior bem para o maior número (Bentham, 1979) e na possibilidade de intervenção dos cirurgiões para um bem comum, questionou-se se, dadas as condições, seria possível tratar da melhor forma a maior parte dos doentes cirúrgicos, e as respostas permitiram perceber que não existiram condições de o fazer, essencialmente motivadas pela escassez de recursos em geral, sejam estes de ordem material, estrutural, ou pela obrigatoriedade de privilegiar os casos urgentes em detrimento dos não urgentes. Os próprios médicos desincentivam os centros de saúde de

enviar doentes que não podem tratar. A ausência de blocos e de anestesiastas limita drasticamente o número de doentes a operar, mesmo que sejam vistos e remarcados.

Nós, nós... se nós estamos num cenário quase de... de catástrofe, temos de privilegiar uns em relação a outros. É impossível nós continuarmos a dar o mesmo tipo de... de... de cuidados a todos os doentes, e no nosso caso, sobretudo na... nos doentes de parede abdominal que são... e sendo encarados quase sempre com cirurgias eletivas e cirurgias de patologia benigna, esses doentes, agora, estão... estão um pouco relegados, obviamente. E, portanto, havia doentes que estavam prontos para serem operados há cerca de um mês atrás e agora estão... estão a aguardar a cirurgia... ainda não temos condições para o fazer, nem vamos ter já no imediato.

(CA290420)

VI.9 – Afetação das atuais condições nas boas práticas

Tão ou mais importante para um cirurgião do que a afetação que as atuais condições de trabalho têm em si, é a sua implicação nas suas boas práticas, fundamentadas no seu código deontológico. As principais causas desta afetação, retratada por uns como direta e por outros como indireta, passam pelo adiamento da cirurgia eletiva, pela escassez de salas operatórias, pela não opção de uso cirúrgico da via laparoscópica, pela ausência de consultas presenciais, pela escassez de equipamento, pelo *stress* inerente à situação e pela inexistência de exames complementares e tratamento adjuvantes que permitam avaliar a atual condição do doente. A falta de proteção de profissionais e médicos é, *per si*, uma má prática, que conduz ao contágio de terceiros, mas não pode, neste cenário, ser ultrapassada. O facto de não se poderem operar os doentes oncológicos – vistos sempre pelos cirurgiões como os mais afetados, por serem os mais prioritários – é sentida como uma má prática, tal como não poderem usar a palpação ou não terem o número mínimo de salas para poder tratar. Como, deontologicamente, esta circunstância elimina o conceito da má prática, os cirurgiões assumem que não estão a conseguir obedecer ao código ético das boas práticas, independentemente de não serem responsáveis por essa condição, mas pelo facto de não conseguirem alterá-la:

Sim [as atuais condições afetam as boas práticas]. Basta... basta pensarmos no adiamento, no cancelamento de algumas intervenções cirúrgicas de média urgência, sim. (...) Portanto... ao não manter a nossa atividade plena, significa que não fazemos consultas de doentes que poderíamos

*ter necessidade de ver, não rastreamos e não fazemos exames com a mesma... [Interrupção.]
Portanto, potencialmente, poderemos vir a pagar uma... uma fatura acessória.*

(ML180320)

*Em termos de medidas de controlo de infeção, digamos assim, estamos a assumir alguma...
alguma má prática dentro do... do possível. Não posso dizer aceitável, porque má prática nunca
é aceitável, mas... estamos a adaptar as práticas, a facilitar numas áreas para termos para outras.
(...) Já tem afetado, não é? (...) E acredito que vai afetar mais no futuro, uma vez que os... há
doentes que também precisam de ser tratados e há exames complementares de diagnóstico que
não estão a ser realizados. O estadiamento de doentes oncológicos está cancelado. (...) um
impacto... que abrange outros doentes, alguns graves, que não estão a ter, se calhar, o tratamento
adequado e atempado à sua condição clínica.*

(JF310320)

Apesar de a maioria dos profissionais se definir como afetado nas práticas diárias, cuja consequência representa um pior tratamento, nem todos os cirurgiões interpretam o contexto como causa de más práticas; como se numa lógica de adaptação às condições impostas, e numa perspetiva de evitar o contágio, possam justificar-se os mecanismos que obrigam a um cuidar ‘menos bom’:

*As boas práticas... cabe também ao médico manter, independentemente das condições em que
trabalha, manter um padrão de qualidade e de atenção aos doentes que... não é por ser uma
pandemia ou não que a gente deixa de o fazer.*

(VM281020)

VI.10 – Afetação das atuais condições no juízo clínico e nas *leges artis*

Em cenários de catástrofe, e como já foi atrás mencionado, as questões éticas assumem uma importância diferente da dos atos médicos diários, até porque em circunstâncias extremas, pode ser aplicada uma ética de triagem. Colocámos quatro questões cuja pretensão foi a avaliação da ética individual à luz do código e que se prenderam com a interferência que as atuais condições profissionais pudessem exercer na aplicação das *leges artis*, no tratamento dos doentes e numa situação hipotética de tomada de decisão *in extremis*, que culminasse num dilema ético. Tal como Carolina expôs uma

linha fronteira entre o que poderia ser uma reação profissional e o que poderia ser uma reação pessoa/emocional, a maioria também expressou a mesma preocupação. Neste domínio, verifica-se uma posição antagónica entre cirurgiões: se uns consideram que nenhum fator externo pode ser passível de alterar o ajuizamento clínico e o ‘estado da arte’, outros não veem outra possibilidade se não uma de óbvia interferência negativa:

“Sim... claro [as condições dificultam o ajuizamento clínico]. Vai enviesar muito o nosso raciocínio e vai pôr em causa muitas das decisões que a gente tome do ponto de vista de urgência, e mais ainda... mais questionável ainda se for uma coisa programada e eletiva, que não seja prioritária ou urgente. (...) Por exemplo, na aspiração do gás da laparoscopia com aspirador sistematicamente antes de tirarmos as portas, que foi uma das coisas sugeridas pela Sociedade Espanhola de Cirurgiões, mas a portuguesa [Colégio da Especialidade] nem fala nisso, nem põe essa hipótese, diz que a laparoscopia não deve ser feita. Portanto, isso coloca-nos numa posição difícil do ponto de vista de decisão.”

(MM260320)

“Não, não. Acho que, acho que... acho que... o comportamento clínico se manteve antes e depois da pandemia. A capacidade de execução técnica, a capacidade de resolver os problemas é uma coisa que está instituída e não se modifica. A capacidade de resposta por... condicionantes de tempo, por condicionantes de meios e recursos existiu, mas... a medicina não mudou neste tempo, não é?”

(DPAC291020)

VI.11 – Dilemas éticos

No que respeita a dilemas éticos, à questão “como reagirá se tiver de tomar a decisão de escolher entre dois doentes para atribuir um único ventilador?”, as respostas são maioritariamente no sentido de uma tomada de decisão objetiva, porque os dilemas éticos são vistos como parte do quotidiano cirúrgico. A situação de emergência é uma parte importante da formação e da ação dos cirurgiões no exercício da sua atividade, pelo que, apesar de ser relevante a dificuldade em lidar com a emoção de uma tomada de decisão drástica, os cirurgiões agem. Esta evidência reforça o postulado de Correia (2012), quando reitera que os indivíduos possuem os mecanismos cognitivos para atribuírem, de forma variável e nem sempre previsível, um sentido consciente a determinadas disposições que existam dentro de si. Para alguns cirurgiões, um dilema

ético pode não passar de um entrave emocional em função da idade, da esperança de vida ou das condições fisiológicas ou biológicas de cada doente. Todavia, a maior parte dos cirurgiões substitui a emocionalidade pela racionalidade da ação.

“Dilemas éticos, nós temos todos os dias da nossa vida. Fazer ou não fazer uma proposta cirúrgica. Avançar ou não avançar num determinado sentido de uma cirurgia. Arriscar ou não arriscar para ir mais além numa ressecção oncológica. Laquear ou não laquear um vaso, sabendo que isso nos pode comprometer uma anastomose. Tudo isso são dilemas éticos. Este doente vale... merece ou não merece... o risco de... de se tentar. Ainda agora, estávamos a operar este estômago e a Mariana estava-me a dizer que eu não devia mexer num gânglio que está por cima da... da porta, e o homem tem 69 anos, deixo lá o gânglio, podendo estar invadido, ou tento ir mais além, mas se eu der um... um toque na porta, se calhar, mato o doente... mas isso são dilemas éticos que a gente vive diariamente. Não têm a ver com o COVID especificamente. Relacionado com o COVID, ter um ventilador para dois doentes... isso... felizmente, não é já uma decisão que eu tenha que tomar, mas... tomei essas decisões na rua, quando fazia INEM, ter vários politraumatizados, qual é que a gente investe. Como aqui, entram vários doentes... de um acidente de viação... qual é que a gente vai, se tiver que operar dois ao mesmo tempo, qual é que a gente opera. Isso é... a nossa vida.”

(VM281020)

“Vou fazer o meu melhor e vou... vou tentar ser o mais objetiva possível e vou tentar ter em conta tudo o que... todos... tudo o que esses doentes tiverem para... ao decidir, tentar decidir naquele que me parece ser o mais viável a salvar, mas isto em medicina nunca é certo, e aquilo que a gente às vezes espera de um doente não corresponde àquilo que o doente nos vai dar, e aquilo que esperava de outro, que à partida não nos iria dar tudo... não nos iria dar nada, esse vai-nos dar tudo. E... e, portanto, é um risco que todos nós corremos, porque de facto, em medicina, nada é taxativo, e a gente às vezes pensa que um doente assim nos dá mais garantias disto ou daquilo e... e não dá, e pronto, mas... para mim, como para todos os outros que vão... vão ficar... que vão estar sujeitos a esse tipo de... de situação e a esse tipo de... de escolha, vai ser muito difícil. Nós nunca vamos ter a certeza se fizemos bem, se fizemos mal, se escolhemos o doente certo ou não, mas vamos ter que escolher naquela altura e... e, pronto, logo se vê.”

(MA020420)

VI.12 - Hospitais públicos versus privados/ Hospitais centrais versus periféricos

Outra abordagem refere-se à diferenciação das atuais condições entre os hospitais públicos e os privados, e os hospitais centrais (de ‘fim de linha’ ou Grupo III) *versus* os periféricos (dos grupos I e II). Como já foi veiculado, os cirurgiões do setor público acreditam que os hospitais do Estado estão, indubitavelmente, mais bem preparados, em termos técnicos, para lidar com a pandemia do que os hospitais privados, apesar de os segundos apresentarem um nível superior de recursos materiais. Já aqui foram exploradas as causas da existência de maior disponibilidade de recursos materiais no setor privado, em função do seu armazenamento e menor consumo por escassez de afluência de doentes.

Acho que, neste momento, só podemos contar com os hospitais públicos. Os hospitais privados são um bocadinho como aquele individuo que diz ‘agarrem-se, senão eu bato’. Estão dispostos a emprestar ventiladores, estão dispostos a tudo, mas, de preferência, ‘lá fora, nas vossas enfermarias. Não venham infetar aqui e estragar o nosso negócio que temos aqui tão bem montado.’ (...) As pessoas que vão lá são é enxotadas para o serviço nacional de saúde!

(AS170320 – Hospital do Grupo II e Hospital do Setor Social)

Por outro lado, parece ser transversal o reconhecimento de que a realidade pandémica é mais crítica nos hospitais públicos de maior dimensão, e que se concentram no litoral (Grupo III) pela afluência populacional, do que nos hospitais periféricos ou distritais, do interior, onde a afluência de casos é menor e os casos de infeção começaram a aparecer numa fase mais tardia, altura em que já estava estabelecida uma dinâmica de ação em função da experiência dos hospitais centrais, que lidaram com o surto na sua fase primária:

Acredito que... a nossa realidade seja um bocadinho mais fácil de... de suportar do que... do que em hospitais centrais, em hospitais de referência que há no país, obviamente. Mas acredito que uma grande maioria dos hospitais, que não são esses, tenha uma realidade muito próxima da nossa, acredito que haja uma... uma meia dúzia de hospitais centrais... estou-me a lembrar do São João, São José... esses hospitais, que são as referências na... nestes problemas e na maior parte deles, não é? Porque têm os cuidados mais diferenciados do país, em que as coisas possam ser diferentes pelos números e pela... e pela complexidade que alguns doentes podem... podem ter lá, e isso pode... pode induzir algumas diferenças, mas não acredito muito que... a maioria dos hospitais tenha um ambiente diferente daquele que nós temos.

(CA290420 Hospital do Grupo I)

Acho que... é assim, o nosso hospital... este hospital, propriamente dito, apesar de ter uma urgência aberta ao público e uma unidade de cuidados intensivos, não tem o volume de doentes

que... que tem um São João ou um Santo António. E acho que, nesse sentido, apesar de realmente termos um número elevado de internados e de doentes, e de termos uma urgência sempre com um número muito grande de... de admissões diárias, não temos o volume de doentes que... que os outros hospitais têm tido, nomeadamente o norte, sim... e Santa Maria.

(AI231120 – PPP)

VI.13 – A pandemia do medo

Prevalece ‘o medo’ da desproteção pela ausência de EPIs e de testes, o que potencia o contágio no atendimento a doentes COVID ou no relacionamento quotidiano com outros profissionais do hospital que estão, por virtude da sua função, mais expostos aos doentes infetados. O medo pode infiltrar-se nos indivíduos ou esperá-los no virar da esquina, aumentando os níveis de incerteza sobre se a pessoa já está infetada, se ficará infetada, se passará a infeção, que alterna com a incerteza sobre quando é que ‘isto’ vai acabar, quando se pode ‘voltar ao normal’, a um desconhecido ‘novo normal’ (Ward, 2020). Numa linha de maior amplitude, Aaltola (2012) explica que os sustos pandémicos podem ser identificados como expressões polissémicas, mas contundentes, de angústia e ansiedade. Os medos e ansiedades relacionados com a circulação de agentes de doença são sempre não abstratos: são profundamente sentidos. As pessoas sentem o seu entorno globalizado, criando, assim, pontos de ligação para a compreensão da sua própria ‘localização’ nas incrustações globais interconectadas, sérias e mortais, e instancia uma relação de preocupação que tende a ter uma influência mais do que fugaz. Os piores cenários dos últimos tempos, reforça o autor, têm-se centrado nas doenças pandémicas, mais do que em cenas de guerra nuclear, e são realmente sentidos pelos indivíduos de um modo idealmente compreensível. Da mesma forma que a consciência ansiosa de um remédio vital cria expectativas e medos sinistros, a perceção de que faltam estruturas globais pode levar a medos ao nível da segurança somática, o que traduz a dinâmica de preocupação inerente aos sustos pandémicos (*id.*). Assim, ‘doença’ e ‘pandemia’ fornecem um esquema geral de imagens corporificadas, um mundo objeto de doença. Os processos de contágio e disseminação proporcionam a compreensão das interações dinâmicas entre os objectos-chave: o ‘eu’ estende-se ao ‘nós’ e ambos se opõem a ‘eles’ e a ‘um elemento estranho’ por meio de uma sensação de contágio (*ibid.*). O mundo objetivo de uma doença contagiosa é altamente incorporado, porque foi experimentado

de alguma forma por todos. A pessoa torna-se dependente das suas redes de segurança social, de autoridades e de medicamentos. Desta forma, o mundo objeto da doença contém as emoções de conforto, compaixão e contenção, bem como medos de exclusão, isolamento e solidão. Essas emoções estão intimamente conectadas com a reconstrução do sentido do tecido subjacente da interação social. Através de uma doença, toma-se consciência das complexidades da individualidade, família, sociedade, economia, medicina e política, de maneiras difíceis de expressar em termos de abstração amodal (pp.5-10).

Hayward (2014) alerta que, numa crise pandémica, a ênfase deve colocar-se na forma como os profissionais de saúde lidam com a situação e como se pode assegurar a sua proteção da infeção e da exaustão. Não havendo recursos, o medo substitui-se aos EPIs. As vagas da pandemia acompanham as vagas de medo (Strong, 1990): o medo de o outro estar infetado, de ‘eu’ contrair o vírus e ser portador da doença para os familiares mais próximos. A COVID-19 expôs que os sistemas não estão suficientemente equipados para resolverem diretamente novos problemas e comprometeu os indivíduos que tiveram de os enfrentar de forma abrupta, sem tempo para se prepararem; as doenças desastrosas e os destinos que moldam evocam múltiplas emoções (Wuopulos, 2020). O modo como as emergências se desenrolam, a sua urgência e a forma como as estruturas sociais se adaptam são determinadas pelas materialidades. As materialidades – como, por exemplo, os sistemas de ventilação de um edifício – podem criar vulnerabilidades, e muitas vezes são comunicadas discursivamente como soluções para crises (*id.*). Estão interligadas com as emoções e constituem-se uma à outra. Wuopulos reflete que, no decretar pelas autoridades de um estado de emergência, não só se usam as espacialidades materiais através da delimitação de áreas e restrição de práticas sociais, mas também se criam emoções associadas à segurança, proteção e controle. A mera audição de palavras como doença, pandemia, emergência ou crise pode trazer à tona imagens de como as pessoas afetadas se devem sentir. Consternação, pânico, medo e tristeza são exemplos de emoções geralmente negativas que estão discursivamente ligadas aos fenómenos nomeados. Os que ouvem falar de outras pessoas em situação de crise associam-lhes certos estados emocionais que têm importantes funções sociais: podem evocar empatia e vontade de ajudar; fazem com que as pessoas prestem atenção por verem as rotinas normalizadas da vida quotidiana que ocorriam antes da crise serem interrompidas (*ibid.*).

Como se viu pelo depoimento de Carolina, o medo induziu à reação de não visitar os familiares e amigos, e a um isolamento autoimposto, causador de uma debilidade emocional e de uma sensação de solidão numa época crítica, o que é veiculado por Seifert e Hassler (2020) como resultado do distanciamento social comum às pandemias, entre adultos. Estas questões terão sido, provavelmente, as que maior emoção levantaram durante as entrevistas:

(...) É nós termos a noção de que estamos desprotegidos, a tratar de doentes ou potenciais doentes, e isso, de facto, nota-se mais nos hospitais que têm mais doentes, mas em todos eles há esse... há essa dificuldade. (...) O meu maior receio é... é transformar aquilo que era uma atividade... feita de uma forma... de uma forma quase... intuitiva, e não... e não... enfim, não preocupados... os médicos não se preocupavam exageradamente com aquilo que era o seu bem-estar, mudar esse paradigma definitivamente. As pessoas sentirem que, ao estar a tratar outro... estão a correr riscos que são transmissíveis aos seus amigos, aos seus familiares, aos seus pais idosos, etc. E, portanto, acredito que... que esse equilíbrio mental vai demorar muito tempo a sanar, porque fazer hoje uma cirurgia pode significar a exposição... a exposição muito grande a riscos que os cirurgiões minimizavam até aqui, em grande medida. Quer dizer, ver os cirurgiões de máscara colocada em reuniões de serviço é uma coisa que marca muito... emocionalmente todas as pessoas. As pessoas estarem a falar de longe, não se poderem tocar, não poderem brincar, não poderem... não poderem falar uns com os outros sem terem a cara recoberta, porque, só por si, o amigo sabe-se lá que doente é que ele viu ontem ou há dois dias, sabe-se lá se ele esteve ou não esteve em contacto com alguém e, na prática, aquela conversa inocente acaba por ser um fator de risco entre profissionais.

(ML180320)

(...) é que algum familiar apanhe COVID, nomeadamente os meus filhos, por exemplo... esse acho que é o meu maior receio.

(HV300320)

A sensação de desproteção e de medo provocados pela escassez de materiais de proteção e da ausência de testes em tempo útil foram revelados de forma transparente. Nas primeiras semanas de pandemia, foi explorado um outro sentimento: a sensação de ‘abandono’ pela instituição em relação aos profissionais, que se tornou muito visível nas primeiras entrevistas; um tema que deriva do risco e da incerteza e que provoca outras emoções, como repulsa e indignação. Os cirurgiões aperceberam-se de que a tutela escolhia a quem mandava testes, como já vimos, pelo custo que este dispositivo representa, e sentiram-se relegados para um plano de esquecimento dentro do risco que

representava o contágio. Passaram, de modo geral, a olhar com desconfiança para a entidade empregadora e a ser vistos como “carne para canhão”, como se não tivessem uma função determinante na atual circunstância. Uma parte dos cirurgiões viu-se obrigada a improvisar a sua própria proteção para sentir-se mais segura no exercício das suas funções.

“Aos profissionais, zero testes. No [nome do hospital] ninguém foi contactado para fazer... e nós somos muitos, não é só médicos. Eu estou a falar médicos, auxiliares, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos. Ninguém, que eu saiba, foi contactado. Ontem, estive de urgência, também as pessoas com quem eu falei, também ninguém tinha sido contactado para fazer teste. Não sei onde estão a testar, mas não é no nosso...”

(VS180320)

Foi evidente o receio de que as condições não permitissem, durante um prazo longo, o tratamento dos doentes cirúrgicos e que, mais tarde, regressassem às suas mãos em condições inoperáveis. Do mesmo modo, foi inegável o medo de voltar a sofrer restrições na aquisição de tecnologias cirúrgicas, uma memória de um passado muito recente, alimentado pelos constrangimentos da *Troika*, que os profissionais temeram ver repetida. Não estando na 1.^a linha, os cirurgiões reconheceram que, mais tarde, quando a pandemia se tornasse endémica, haveriam de voltar ao bloco operatório e encarar os seus doentes com uma severidade maior do que a que seria expectável em tempo útil. Tiveram a noção de que lhes seria exigido, *a posteriori*, recuperar as listas de espera em pouco tempo e em condições deficitárias, tanto em consulta como no bloco. As horas excessivas de trabalho voltariam ao seu quotidiano e a recompensa emocional não faria, como vinha a acontecer nos últimos anos, parte dos seus dias. A estes fatores acresceriam a falta de meios e as parcas condições financeiras em que os hospitais voltariam a mergulhar depois da COVID.

O principal receio é nós... é isso, é nós chegarmos ali a uma altura em que aquilo que não foi diagnosticado durante meses nos caia em cima da... enfim, da cabeça, entre aspas, nos caia tudo ao mesmo tempo, ou seja, quando... a radiologia já estiver a funcionar outra vez, quando a gastroenterologia já estiver outra vez a realizar os exames todos, a certa altura começa-se a... a ir para trás e percebe-se que as... nós estivemos meses sem diagnosticar muitos casos e depois eles vão-nos cair todos ao mesmo tempo, e aí... aí pode... podemos ter realmente alguns problemas de... de dar resposta a esse... a esses doentes.

(FB140520)

Vamos ter também muito trabalho, porque tudo o que nós teríamos que ter feito nestes meses que vamos parar, vamos ter que tentar retomar e, portanto, vamos viver uma situação, se calhar... tipo Troika. Vamos voltar à estaca zero novamente, agora que tudo, aparentemente, estaria a melhorar um pouco, vamos nos ver na Troika, ou pior do que na Troika, a lutar com a falta de meios, porque vão ser muitos doentes para tratar a nível da cirurgia geral... em condições económicas mais difíceis, porque se o país não trabalha, não produz, não há dinheiro. Portanto, o financiamento vai ser, de facto... E, portanto, vamos ter realmente problemas em tratar os doentes em termos de materiais e de meios e de tudo. Vai ser... vai ser muito difícil.

(LV010420)

O rasto que o medo deixava impactava na visão negativa dos cirurgiões sobre o futuro mais próximo. Quando questionados sobre como estariam no final da pandemia e como se veriam nos meses seguintes, os cirurgiões demonstraram receios, preocupações e pessimismo, não só com implicações diretas na sua atividade, mas fundamentalmente no tratamento dos doentes:

O próximo meio ano vai ser igual ou pior... vamos ficar sem recursos, não vai haver material pra tratar ninguém... Vamos tratar menos bem os doentes eletivos pra tratar pessimamente os doentes urgentes, para evitar que morra o maior número de pessoas (...) Não havendo recursos, isso é 'casa onde não há pão, todos ralham e ninguém tem razão'! Que é que está a acontecer... eu acho que, antes do fim do ano, a gente não vai normalizar...

(AM200320)

A ausência de doentes nas urgências e nas consultas fez, desde logo, soar os alarmes. O medo não se conteve às portas dos hospitais. A sociedade, em pânico, permitiu que se adiassem tratamentos, profilaxia, exames e cirurgias de urgência. A população deixou de acorrer aos hospitais, na defesa da sua integridade física perante um vírus, ignorando as consequências desse adiamento. Susana (nome falso) relata um caso marcante de uma doente que arriscou a sua condição cirúrgica por medo de acorrer às urgências:

Sim, tive um... tive um doente que achei mesmo que precisava de vir à consulta, que tive que insistir para fazer um exame e não sei quê, e acabei por conseguir. Precisei de fazer algum esforço, que não teria que fazer normalmente, mas sim, consegui fazer tudo. O que eu sinto é que os doentes estão a ser prejudicados por eles próprios... ou seja, doentes que precisavam de vir à urgência e não vêm. Eu ainda hoje, ao telefone, discuti com uma doente, que não era minha doente, mas que telefonou a chorar, que estava cheia de dores abdominais e não sei quê, e não vinha à urgência porque não é suposto vir à urgência, e eu: 'mas tem que vir', e ela: 'mas eu tenho medo, eu não vou

apanhar um autocarro e não sei quê...'; 'mas tem que vir, porque pode estar a pôr a sua vida em risco'... urgências que as pessoas evitam, mais por elas próprias do que por nós não termos condições para as tratar.

(SS020520)

VI.14 - Impacto das condições na articulação trabalho/família

A literatura médica tem evidenciado a afetação que a pandemia representou na vida familiar dos profissionais de saúde, em virtude do elevado grau de exposição ao vírus (Ulf e Carl Johan, 2020). Aaltola (2012) descreve que o ímpeto das emergências pandémicas é no sentido do afastamento do outro distante que sofre. Mais do que de compaixão, é um ímpeto de contenção. Nesse sentido, os baixos afetivos de uma pandemia são diferentes de outras emergências globais – são, aparentemente, corridas não compassivas para a retirada e para conter a doença em um determinado local ou ‘zona’. Se há interesse pelo outro, é para com as pessoas próximas ou para o ‘público em geral’, concebido em termos de saúde pública internacional e global. O isolamento da família mais próxima é, provavelmente, a maior das fragilidades destes profissionais de saúde e uma das causas mais relevantes de ansiedades e medo. Foi o que aconteceu com estes cirurgiões:

O Guilherme [filho] está... está muito... muito stressado de... com esta situação de a mãe ir trabalhar, de a mãe ir fazer urgência, não dorme, mas pronto... (...) Depois, diz 'a mãe é a melhor do mundo! Eu não quero que a minha mãe vá para lado nenhum!'

(VS180320)

Não vejo os meus filhos. Vejo-os ao longe, digo adeus e tal, e pronto... falamos é muitas vezes por... por... telefone ou por... WhatsApp e isso...

(HV300320)

A vida familiar está suspensa, principalmente, por causa da... da minha... da minha... da ameaça que eu sou, em termos epidemiológicos, para... para os meus pais, que são velhotes, têm 85 e 88 anos e... e tenho outro, porque a minha filha, em vez de estar comigo, está com o pai, para poder, também, não estar muito em contacto comigo, para ser o elo de ligação com os avós. (...) Falta aquele conforto de chegarmos a casa e termos a família, de... de uma refeição partilhada, de... de... de tudo, não é? Portanto, é uma casa vazia e... e as semanas passam-se umas atrás das outras, os fins de semana que não trabalho são muito mais chatos e mais aborrecidos do que todos os outros, em que havia sempre qualquer coisa para fazer, para conversar, para... para estar, nem que fosse...

VI.15 - *Influência dos stakeholders*

Por último, e na mesma linha do capítulo anterior, procurámos averiguar se a Comissão de Ética – que, à imagem do capítulo V, se comprova não ter qualquer influência – ou o Colégio de Cirurgia tiveram algum impacto na tomada de decisão dos cirurgiões-gerais. De acordo com este órgão, foram elaboradas e enviadas para todos os cirurgiões recomendações durante os vários momentos da pandemia, assim como subscreveu as recomendações para orientação dos cirurgiões tanto da Sociedade Portuguesa de Cirurgia como da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

Por seu turno, os cirurgiões dividem-se na fundamentação destas diretrizes. Encontramos relatos de cirurgiões que viram diferenças substanciais entre sociedades médicas de outros países e o Colégio Português. Outros aceitaram a prudência das recomendações do Colégio e reconheceram uma preocupação constante com a proteção dos cirurgiões e a utilização dos equipamentos de proteção individual.

Eles tentaram ajudar-nos nas decisões difíceis que tivemos no momento e nas abordagens que devíamos ter para os nossos doentes nesta situação de COVID, sobretudo valorizando a qualidade de tratamento do doente e a possibilidade de saírem melhorados, nomeadamente, tratamentos não cirúrgicos de apendicites, tratamentos não cirúrgicos de colecistites, operar só em risco de vida, técnica cirúrgica para diminuir o risco de contaminação que o doente possa dar aos restantes elementos da equipa cirúrgica e anestésica e da sala operatória. Portanto, acho que tiveram uma boa postura nesse aspeto... Claro que... chegou uma altura que tivemos de ser nós a decidir na mesma.

(PB290620)

A Comissão de Ética não teve qualquer participação na tomada de decisão dos cirurgiões-gerais. Contudo, foram elaboradas algumas recomendações pelas comissões hospitalares e acatadas as recomendações da Comissão de Ética da Ordem dos Médicos. Uma das preocupações dos constituintes destas comissões é também a necessidade de prover apoio psicológico e moral aos profissionais depois da pandemia:

Digamos, constituímos um conjunto de recomendações, nomeadamente para as... para as unidades de cuidados intensivos, e não só, no contexto da pandemia, porque se colocam, digamos, questões... podem-se colocar... podem-se vir a colocar questões éticas, e aí a Comissão de Ética deverá... ou seja, poderá e deverá, não é? Até do ponto de vista, a priori, emitir algumas recomendações. Paralelamente, saiu... a Comissão de Ética da Ordem dos Médicos emitiu, e nós também integrámos, porque eu acho que está, de facto, bastante bem feita, um conjunto de recomendações para a prática específica em termos de COVID, e sobretudo para as unidades de cuidados intensivos, mas não só, e, de facto, foi a... isto foi mesmo na Ordem dos Médicos, mas a Comissão de Ética da Ordem dos Médicos.

(HH161220 – Presidente da Comissão de Ética de uma PPP)

Em termos da Comissão de Ética, não, mas não seria ainda de esperar isso, mas eu acho... não é neste momento que as pessoas precisam de mais apoio moral. Neste momento, quem está na linha da frente está a funcionar com a adrenalina a 500%, e quando se está a funcionar com a adrenalina a 500%, não é altura para grandes meditações. Isso acontece em todas as circunstâncias. Quando esta situação, e um dia esperemos, mais cedo ou mais tarde, acabar, aí vai ser o anticlímax e aí as pessoas que estão com esta adrenalina toda, de repente, vão ficar sem nada. E aí, sim, garanto-lhe que vai haver muita, muita, muita depressão e muito problema com os profissionais de saúde, e aí vão ter que ser ajudados. Se calhar, mais importante nessa altura do que agora.

(GC270121 – Presidente de uma Comissão de Ética de um Hospital do Grupo III)

Este capítulo visou uma exposição do impacto do ‘desastre muito social’ (Connell, 2020) causado pela COVID-19 no papel social do médico cirurgião e na sua relação com o doente, com os pares e com os *stakeholders* que intervêm no seu quotidiano. A próxima secção resumirá as conclusões do capítulo e da investigação.

PARTE III - REFLEXÕES

CONCLUSÕES

A sociologia da saúde destaca-se pelo reconhecimento da complexidade da prestação de cuidados e revela aspetos mobilizadores do trabalho dos grupos profissionais de saúde. O hospital é uma organização burocrática assente numa divisão social de trabalho, que define, produz e entrega cuidados de saúde. Este tipo de organização apresenta uma especificidade que as teorias sociológicas têm dificuldade em definir, dificuldade essa que pode ser explicada pela sua cultura e pela socialização dos funcionários, pelo sistema de autoridade, mas também por ser um elemento *core* no sistema de saúde. A dualidade do sistema de autoridade entre a gestão e os profissionais, referida na literatura a partir da década de 1930, fundamenta-se na assunção do controlo dos profissionais sobre o seu trabalho e na coordenação da padronização das qualificações. Este exercício de controlo é interpretado por Selznick (1943) como transversal à problemática das relações internas: quanto maior for o nível de controlo de uma organização, menor o nível de compromisso individual, e quanto menor a entrega, menor o reconhecimento da autoridade sobre os direitos dos trabalhadores. Não obstante, e em conformidade com Strauss (1978), as relações organizacionais que se estabelecem no hospital baseiam-se em negociações padronizadas, com renovação de acordos estabelecidos por alianças, as quais podem ser afetadas por eventos habituais ou excepcionais que levam a uma alteração da ‘ordem negociada’.

A medicina é uma atividade que se norteia por princípios éticos e morais que fundamentam um código deontológico (regulado, em Portugal, pela Ordem dos Médicos), e aufere do estatuto de ‘profissão’ porque representa um corpo de teoria, uma formação específica intensiva e prolongada no tempo e uma partilha de uma moral profissional que se concretiza num código ético e na orientação para um ideal de serviço à sociedade – o que sublinha um monopólio sobre um campo de trabalho que confere autonomia aos praticantes especializados e lhes garante uma subsistência legitimada por uma remuneração. A *expertise* é conseguida pela conjugação do exercício intelectual com a especialização, que resulta num corpo de conhecimento particular, o qual confere uma identidade aos seus detentores.

A função positiva das profissões em geral, e da medicina em particular, expressa-se pelo monopólio da realização de trabalho competente e pelo desenvolvimento dos saberes profissionais enquanto consequência de um controlo na formação e na certificação da prática profissional com elevados padrões de qualidade. A literatura é consensual no sentido de que os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos pela *expertise* profissional conferem aos médicos uma posição de autoridade na prestação de cuidados de saúde, nas suas relações com outros médicos, com os seus doentes e com os grupos de trabalho periféricos, autoridade esta que pode ser interpretada como inerente ao espaço e não ao indivíduo que desempenha a sua função. O hospital é uma organização burocrática e os aspetos positivos da burocracia da teoria weberiana resumem-se a eficiência, precisão e confiabilidade, mas o afastamento dos objetivos organizacionais originais resulta numa incapacidade de ajuste do indivíduo. Como vimos na primeira parte desta monografia, a preocupação de estar conforme às regras interfere com a consecução dos objetivos da organização, burocratizando o indivíduo. A medicina e a profissão médica desempenham papéis centrais na sociedade, cabendo-lhes o zelo pela saúde e o combate ao ‘desvio’ socialmente legitimado como doença, de modo a que a sociedade possa assegurar o cumprimento dos seus papéis económicos e sociais. Assim, o papel social do médico reside no dever de se guiar pelo bem-estar, e o do doente, o de seguir as suas orientações para ‘ficar bem’. Neste trabalho etnográfico demonstramos que o ‘dever’ médico é crucial aos cirurgiões-gerais no exercício das suas tarefas, independentemente dos constrangimentos externos à sua profissão.

Dentro do hospital, o bloco operatório é o contexto de atuação por excelência dos cirurgiões-gerais, onde se interligam espaço, matéria e simbologia na organização da vida própria do serviço. O puro e o impuro, o sagrado e o profano, determinam as linhas fronteiriças entre a doença e a cura. Do mesmo modo, a esterilidade e a assepsia definem a coordenação das rotinas dos vários grupos profissionais em torno do doente, que se entrega ao médico num modelo assistencial clássico para um processo de cura consubstanciado em saberes especializados e tecnologias. Na temporalidade deste espaço, atores e plateia são interdependentes. A ausência de uns compromete o ‘ficar bem’ do doente, que é o propósito comum da equipa e a obrigação primeira do papel social do médico.

Neste cenário, os métodos qualitativos, em especial, a etnografia, a observação direta e as entrevistas, bem como o inquérito quantitativo, permitiram-nos caracterizar as implicações da escassez de recursos na atividade, na ética e na autonomia dos cirurgiões-gerais.

Em termos éticos, os cirurgiões-gerais evidenciaram que os constrangimentos económicos, refletidos na ausência de recursos materiais, representam um conflito com a sua isenção e liberdade profissional. Não obstante, não existe linearidade sobre uma real interferência no ajuizamento clínico e na aplicação das *leges artis*. Se as questões económicas não interferem na ligação entre o juízo clínico e o estado da arte, já a pandemia divide os cirurgiões que se sentem afetados pelas dificuldades de ajuizamento clínico e em seguir o estado da arte em prol dos seus doentes, dos cirurgiões que, em função da sua conduta deontológica, sublinham que nenhum contexto pode influenciar esses princípios. Pudemos concluir que os dilemas éticos são sentidos com alguma emoção, mas tratados de forma racional, pois fazem parte do quotidiano cirúrgico e da formação específica em cirurgia. No que respeita à interferência de *stakeholders* na tomada de decisão do cirurgião, apurámos que as comissões de ética hospitalares funcionam mais como um órgão consultor do que regulador e, conseqüentemente, não intervêm diretamente na atividade dos cirurgiões, ao contrário da Ordem dos Médicos e do Colégio da Especialidade, que funcionam como reguladores da deontologia e das práticas médicas; ademais, produzem linhas de orientação em situações inóspitas, como a pandemia. A escassez de recursos economicamente despoletada não demonstrou induzir à objeção de consciência. Notámos ainda que a probabilidade de denúncia interpares por infração deontológica é muito reduzida, embora ligeiramente acentuada no setor privado; a causa mais frequente apontada pelos cirurgiões-gerais para não denunciarem os colegas prende-se com o facto de não terem motivos para o fazer. A probabilidade de um cirurgião realizar uma cirurgia que não seja a mais adequada ao doente por ausência de recursos é superior no setor público, o que justifica o impacto que as restrições de material têm no cirurgião.

Vítimas de uma retração por parte do Estado a partir da implementação da Nova Gestão Pública e acentuada pela *Troika*, cujos critérios assentam em indicadores de quantidade, em vez da qualidade dos benefícios obtidos para o doente em termos de

esperança de vida, a autonomia médica e os cuidados prestados aos doentes ficam limitados a uma adesão a raciocínios gestionários. A partir deste postulado, e do ponto de vista dos cirurgiões, os indicadores de qualidade, como os tempos de espera cirúrgicos, a duração de consultas, a formação contínua, as condições de trabalho e a adequação do tratamento ao doente cirúrgico, são ignorados pela gestão. Esta análise permitiu, pois, concluir que os cirurgiões sentem o impacto das restrições económicas nos hospitais públicos, desde a ausência de materiais e equipamentos à falta de manutenção das estruturas e condições físicas existentes, à ausência de blocos para operar, à atenção ao doente, à falta de recursos humanos (nomeadamente, de anestesistas e enfermeiros), à formação médica e às condições remuneratórias. Os cirurgiões do setor público evidenciam um desgaste físico e emocional, ao contrário dos seus congéneres do setor privado, e concordam que, no privado, teriam melhor qualidade de vida. Registámos ainda o facto de a sua atividade não ter sido afetada pela redução de horários das restantes ocupações e grupos profissionais para 35 horas semanais, mantendo-se o horário de dedicação exclusiva em 42 horas. Os profissionais inquiridos são unânimes, em ambos os setores, quanto ao facto de a inovação tecnológica e a qualidade dos materiais que usam no tratamento dos doentes terem uma influência positiva nas suas boas práticas. Não obstante, não se sentem ouvidos pela administração sobre as suas escolhas para o adequado tratamento dos doentes.

Ao invés dos cirurgiões que trabalham no setor privado, os cirurgiões do setor público consideram que o acesso a novos dispositivos piorou nos últimos 5 anos, apesar de a sua aquisição ser ligeiramente mais fácil do que no setor privado. Independentemente do setor onde exercem, os cirurgiões revelam uma preocupação com a economia associada às técnicas e consumos no tratamento dos seus doentes, não ignorando que a eficácia e a eficiência dos seus procedimentos dependem, em larga escala, da qualidade dos materiais eleitos. Há uma consciencialização de que as regras de distribuição de recursos não são iguais em todos os setores da saúde e que o fator preço é, no setor público, um elemento primordial nas escolhas.

Registámos a concordância entre cirurgiões do setor público e do setor privado no que toca à evolução tecnológica da qualidade de tratamento aos doentes nos últimos 5 anos. Verificamos ainda conformidade na sua visão sobre a crescente diminuição de

camas para cirurgia e o aumento exponencial das listas de espera do Serviço Nacional de Saúde, que, aliás, percebemos ter contribuído para um aumento do número de camas no setor privado. No mesmo sentido, há uma percepção generalizada entre os profissionais de que o tempo de atenção ao doente melhorou no setor privado e piorou no setor público. Os cirurgiões dos hospitais públicos sentem-se coagidos a utilizar materiais que não são os de melhor qualidade, mas simplesmente os mais baratos, para o tratamento dos doentes, apesar de ser visível alguma autonomia, dependendo da gestão de cada hospital. São também estes que consideram que a diminuição do horário de trabalho de alguns grupos profissionais (nomeadamente dos enfermeiros) contribuiu para um aumento das listas de espera e potenciou um aumento do número de cirurgias no setor privado. Genericamente, os cirurgiões acreditam que a inovação tecnológica tem influência positiva no tratamento dos doentes, mas as listas de espera não têm um elevado impacto na saúde dos doentes.

Em termos de divisão das opiniões por género, verificamos que no setor público, os homens sentem mais responsabilidade pela gestão dos orçamentos e as mulheres sentem que perderam tempo de dedicação aos seus doentes. Quanto à segregação por Administração Regional de Saúde, é em Lisboa e Vale do Tejo que os cirurgiões gerais se sentem mais afetados nas suas condições de trabalho pela redução do horário de trabalho dos restantes profissionais de saúde para 35 horas.

No que toca à função, percecionamos que são os assistentes graduados seniores (que correspondem aos de maior antiguidade na especialidade) que admitem ser mais auscultados pela gestão relativamente à transmissão e satisfação das suas necessidades. São estes, entre todas as funções, os que consideraram que a prestação de cuidados aos doentes e as listas de espera melhoraram nos últimos 5 anos. Percebemos que existe também uma baixa influência da Logística na tomada de decisão sobre as suas escolhas de materiais. Chamamos a atenção de que estes seniores são, essencialmente, representativos das direções de serviço que intermedeiam os objetivos da administração com a atividade cirúrgica. Por outro lado, são os assistentes (que têm menor antiguidade na especialidade) que revelam maior necessidade de referenciação de doentes por ausência de recursos no seu hospital.

A influência na tomada de decisão e nas práticas destes profissionais por parte das Comissões de Ética e da Gestão de Recursos Humanos é praticamente nula, mas a dos Serviços de Logística/Compras, dos seus superiores hierárquicos e da administração é de franca relevância. Neste âmbito, são habitualmente os diretores de serviço que assumem a responsabilidade das decisões no que concerne à aquisição de materiais. Os diretores de departamento assumem também uma supremacia nas necessidades quotidianas dos cirurgiões gerais e na mediação de eventuais conflitos com a gestão.

Visivelmente, entre o último dia de um hospital sem COVID e o 1.º dia de um hospital ‘com’ COVID, notamos uma disrupção no *modus operandi* dos cirurgiões-gerais. O reconhecimento de uma nova ordem estabeleceu-se através da criação de novos trajetos, novos horários, diferentes rotações entre equipas e alteração das funções. Outras especialidades médicas, que até então não tinham influência nas competências técnicas dos cirurgiões-gerais (como anestesistas e médicos de medicina interna), passaram a exercer autoridade na tomada de decisão dos doentes cirúrgicos em função de critérios médicos da definição da doença e das fronteiras por estes predelineadas. Os rituais cirúrgicos alteraram-se não apenas devido à necessidade de usar novos equipamentos obrigatórios para a proteção da equipa cirúrgica, mas também pela ausência do contacto próximo com o doente e do ‘toque’, elemento central do médico cirurgião para a aferição da doença cirúrgica. O distanciamento entre médico e doente gerado pelo evento pandémico apresentou um desafio à tradicional relação e dificultou os processos de tratamento e de cura.

A escassez de recursos materiais de proteção individual, nomeadamente de máscaras e desinfetantes, foi crítica, neste período, para a operacionalização das funções. O mercado entrou em rutura e os preços aumentaram exponencialmente. O setor privado, em virtude de uma reduzida afluência da população infetada, conseguiu sobreviver em função de um armazenamento que não chegou a esgotar-se, mas sofreu das mesmas limitações nos materiais de proteção básica.

Os recursos humanos reorganizaram-se, perante o surto pandémico, de forma diversa nos diferentes hospitais. Cada instituição estabeleceu novas formas de funcionamento e dividiu os profissionais de modo arbitrário: algumas enviaram equipas para casa de forma rotativa, outras mantiveram as equipas cirúrgicas em modo presencial,

atribuindo-lhes funções burocráticas. Não obstante, os cirurgiões foram resguardados da linha da frente para evitarem o contágio, tendo em conta que poderiam vir a ser necessários em caso de esgotamento dos recursos humanos da 1.^a linha. Percebemos que as novas formas de divisão do trabalho tiveram uma afetação direta no cirurgião geral, essencialmente pela sensação de impotência, dado que a cirurgia programada foi cancelada – o que limitou a sua atividade aos casos urgentes – e as consultas passaram a ser por videochamada – o que interferiu com um adequado diagnóstico dos doentes cirúrgicos. As consequências nestes doentes foram múltiplas: o adiamento indefinido das cirurgias engrossou as listas de espera, provocou um agravamento das condições cirúrgicas, tornando mais complexos os processos de tratamento. Se, por um lado, o doente que procurava assistência médica, fosse em consulta ou cirurgia, ficou isolado no seu trajeto pelo hospital, dada a limitação de acompanhantes no acesso às instalações, por outro, aferimos que outros doentes se afastaram dos hospitais, pelo medo do contágio, contribuindo, do mesmo modo, para este círculo de aumento da complexidade cirúrgica. Neste sentido, os cirurgiões consideraram unanimemente uma impossibilidade de tratar da melhor forma a maior parte dos doentes, o que acentuou a sua limitação na capacidade de intervenção para o bem comum. A maior parte destes profissionais exprimiu que todo o contexto de pandemia interferiu diretamente nas suas boas práticas, apesar de uma pequena parte referir que as novas condições não tiveram qualquer influência neste âmbito. De forma geral, os cirurgiões mencionaram que os hospitais públicos estavam mais preparados para lidar com a pandemia, apesar de os privados apresentarem melhores recursos materiais. Os hospitais centrais, do grupo III, foram os que mereceram mais respeito por parte destes profissionais, em virtude de terem recebido o maior número de doentes e, conseqüentemente, terem estado sujeitos a uma maior exposição e a piores condições de trabalho.

A pandemia do medo acompanha as vagas da infeção: a falta de Equipamentos de Proteção Individual provocou pavor na fase inicial da COVID; o isolamento da família aumentou a apreensão e os níveis emocionais entre os cirurgiões; a sensação de abandono por parte da instituição afetou emocional e racionalmente a maior parte dos profissionais; o receio de vir a apanhar doentes adiados em situações inoperáveis fomentou o pavor de falhar com os doentes. O futuro foi, assim, visto com muito pessimismo no imaginário de casos cirúrgicos sem solução. A vida familiar deste grupo profissional ficou ‘suspensa’,

pela inquietação de infetar os mais próximos, o que gerou um distanciamento temporário e potenciou uma sensação de solidão.

No que respeita aos *stakeholders* de influência no cenário pandémico, o Colégio de Cirurgia Geral difundiu uma série de recomendações de ordem técnica, interpretadas por alguns cirurgiões como de extrema utilidade e, por outros, como insuficientes, quando comparadas com as diretrizes de outras sociedades internacionais. As Comissões de Ética agiram de forma diferente entre hospitais: se, nuns, optaram por juntar um conjunto de recomendações alinhadas com a Comissão de Ética da Ordem dos Médicos, noutros não tiveram um papel ativo nas práticas dos cirurgiões-gerais.

Nesta conjectura de pandemia não se alteraram nem a autonomia profissional dos cirurgiões-gerais no âmbito da atividade cirúrgica, em função da utilização da sua *expertise*, nem a sua falta de autoridade no ambiente organizacional - a qual, recordamos, é anulada em função das regras de cariz gestor, que se mantiveram perante as restrições da pandemia. Tivemos oportunidade de ver reforçado o que Merton (1940) descreve: uma gestão que assenta em indicadores de produtividade, promove o afastamento dos objetivos originais e potencia a desmoralização e desinstitucionalização dos cirurgiões. Estas orientações são implementadas pelos Conselhos de Administração e difundidas pelos departamentos de Logística (que assumem o controlo das compras), a direção do Departamento de Cirurgia (que regula a atividade das diferentes especialidades cirúrgicas) e da direção de serviço de Cirurgia. Constatamos ainda que, se por um lado, os Conselhos de Administração acreditaram estar adequadamente alinhados com as atividades dos cirurgiões, por outro, estes profissionais sentiram-se reduzidos a meros fatores de produção, cujas diretrizes implicam negativamente na sua ligação, no seu tempo de dedicação e no ajustado tratamento aos doentes.

Assim, e respondendo às questões que foram colocadas ao longo desta monografia, concluímos que um défice económico no sistema de saúde tem impacto na atividade dos cirurgiões-gerais; a autoridade gestora suprime organizacionalmente a autoridade técnica deste grupo profissional; a dominância e a autonomia profissional dos cirurgiões, descritas na literatura sociológica, desvanecem-se diante de um cancelamento de cirurgias superiormente organizado, e nenhum poder-saber lhes possibilita ultrapassar obstáculos como este (ou o da escassez de recursos para tratar os doentes cirúrgicos). A

nova relação médico-doente é, assim, traduzida por um afastamento impulsionado por fatores externos aos papéis sociais de um e de outro. Todavia, e apesar dos entraves colocados à aplicação das boas práticas cirúrgicas, os cirurgiões orientam a sua atividade por princípios éticos em função do objeto da sua *expertise*: a cura do doente.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Verificamos uma primeira limitação desta investigação no número de respondentes ao inquérito formal a todos os cirurgiões-gerais inscritos na Ordem dos Médicos, que não representam 10% da população. Por outro lado, na análise quantitativa, a eliminação de respostas de respondentes das Administrações Regionais de Saúde do Algarve e das Ilhas anulou a possibilidade de compreender a realidade dos cirurgiões destas áreas geográficas. A dificuldade de obtenção de autorização oficial para realizar o trabalho etnográfico para um maior número de unidades de saúde privada constituiu um entrave importante para que o estudo pudesse ter maior consistência no comparativo entre ambos os setores. Acresce dizer que o tempo de demora nas respostas e a ausência de resposta de algumas instituições foram, inicialmente, dificultosas para o andamento da investigação. A impossibilidade financeira de aceder aos arquipélagos dos Açores e da Madeira inviabilizou o conhecimento sobre as realidades pandémica e, principalmente, económica dos hospitais geridos pelos governos autónomos, que absorvem uma fatia do orçamento geral da saúde, determinado pelo governo central. Não conseguimos, portanto, perceber se esta dependência económica é ou não conflagradora da atividade dos cirurgiões, como também não tivemos a oportunidade de verificar se as condições da pandemia foram um impedimento à realização normal de consultas e cirurgias nas ilhas. Reconhecemos que não esgotámos estas temáticas e que um alongamento da investigação permitir-nos-ia apurar os efeitos da pandemia tanto na economia destas instituições, como na saúde dos doentes não tratados, como ainda nas práticas e na resposta dos cirurgiões às instituições.

PROPOSTA PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA

Propomos, para investigação futura, um alargamento da amostra a todas as especialidades, que englobam um número muito superior de profissionais e permitem adquirir uma visão mais ampla do problema, tanto no âmbito das especialidades cirúrgicas, como no âmbito das especialidades médicas. Uma vez que a sociologia da saúde em Portugal se tem estendido na análise etnográfica do trabalho de outros grupos profissionais da saúde, sugerimos estender este mesmo estudo a esses grupos, nomeadamente aos enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico, cujos impactos da pandemia ou da escassez de recursos na sua atividade poderão ter outro tipo de consequências. São, igualmente, necessários estudos mais aprofundados sobre a contribuição dos efeitos sofridos pelos profissionais de saúde para a sua migração do setor público para o setor privado, uma realidade que aferimos estar em processo de aceleração. Acrescentamos a importância de investigar os reais impactos destas circunstâncias na saúde dos doentes, pelo que seria importante indagar o ponto de vista dos doentes que ficaram por tratar durante a pandemia. Por outro lado, sugerimos uma análise comparativa com outros países da Europa que sofreram as mesmas limitações económicas impostas pela *Troika*, e que incluam, para além do setor privado, um serviço nacional de saúde público no seu sistema de saúde, de modo a podermos compreender melhor a realidade social europeia dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaltola, M. (2012) *Understanding the politics of pandemic scares: an introduction to global politosomatics*. London: Routledge.

Abbott, A (1988) *The System of Profession. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Abbott, A. (1983) 'Professional Ethics', *American Journal of Sociology*, 88(5), pp. 855–885.

Abbott, A.D. (1988) *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.

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

Antunes, R. and Correia, T. (2009) 'Sociologia da saúde em Portugal: Contextos, temas e protagonistas', *Sociologia, Problemas e Práticas*, 61, pp. 101-125.

Areosa, J. and Carapinheiro, G. (2008) 'Quando a imagem é profissão. Profissões da imagiologia em contexto hospitalar', *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, pp. 83–108.

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

Arnaut, A. and Semedo, J. (2018) *Salvar o SNS. Uma nova lei de bases da saúde para defender a democracia*. Porto: Porto Editora.

Arnaut, A., Mendes, M. and Guerra, M. (1979) *Serviço Nacional de Saúde : uma aposta no futuro*. Coimbra: Atlântida Editora.

Arnold, D.G. and Harris, J.D. (2012) *Kantian business ethics: Critical perspectives, Kantian Business Ethics: Critical Perspectives*. Available at: <https://doi.org/10.4337/9781781004968>.

Arnsperger, C. and Parijs, P. van. (2004) *Ética Económica e Social*. Porto: Edições Afrontamento.

Augusto, G.F. (2012) 'Cuts in Portugal's NHS could compromise care', *The Lancet*. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60174-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60174-3).

Barba, M. (2012) 'La ética y la crisis de la salud en México'. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 38 (3), pp. 463-470.

Barros, N.F. de and Nunes, E.D. (2009) 'Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde', *Revista de Saúde Pública*, 43(1), pp. 169-175. Available at: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009000100022>.

Barros, P.P. (2019) *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Coimbra: Almedina.

Beauchamp, G. (1998) 'General surgeons and clinical ethics: A survey', *Canadian Journal of Surgery*, 41(6), pp. 451-454.

Bentham, J. (1979) *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.

Bloom, S.W. (2002) 'The Word As Scalpel', *A History of Medical Sociology*. New York: Oxford Press University.

Bloor, M. (2007) "The Ethnography of Health and Medicine", in Paul Atkinson, Amanda Coffey, Sara Delamont. *Handbook of Ethnography*. London: Sage Publications, pp. 171-183.

Boléo-Tomé, J. (2000) 'Juramentos Médicos e a Noção de Dignidade Humana'. *Acta Médica Portuguesa*, 13, pp. 129-142.

Bourdieu, P. (1977) *Outline of a Theory of Practice, Outline of a Theory of Practice*. Available at: <https://doi.org/10.1017/cbo9780511812507>.

Bourdieu, P. (2007) *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.

Brall, C., Schröder-Bäck, P. and 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*, 24(1), pp. 3-8. Available at: <https://doi.org/10.21101/cejph.a4106>.

Brazier, J.E. and Johnson, A.G. (2001) 'Economics of surgery', *The Lancet*, 358, pp. 1077-1081. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06185-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06185-2).

Bury, M. (1982) 'Chronic illness as biographical disruption', *Sociology of Health & Illness*, 4(2). Available at: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>.

Bury, M. (1997) *Health and illness in a changing society*. London: Routledge.

Canals, J. (1984). *Notas sobre un processo de cambio: la despenalización de la enfermería*. Barcelona: Institut Catalã de Antropologia.

Carapinheiro, G. (1986) 'A saúde no contexto da sociologia', *Sociologia, problemas e práticas*. CIES-ISCTE/CELTA.

Carapinheiro, G. (1991) 'Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar', *Revista Crítica de Ciências Sociais n.º 33*, pp. 83–91.

Carapinheiro, G. (1993) *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. Lisboa: Edições Afrontamento.

Carapinheiro, G. (2010) 'Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica', *Alicerces*, III, March, pp. 57–64.

Carapinheiro, G. (2014) 'Os desafios dos saberes na investigação em saúde1', *Forum Sociológico*, (24), pp. 13-18. Available at: <https://doi.org/10.4000/sociologico.985>.

Carapinheiro, G. and Page, P. (2002) 'As determinantes globais do sistema de saúde português', in *Risco Social e Incerteza. Pode o Estado recuar mais?* Porto: Edições Afrontamento, pp. 81–114.

Carapinheiro, G., Serra, H. and Correia, T. (2013) 'Estado, Medicina e Políticas em Portugal: fluxos e refluxos de poder', in *Saúde e Sociedade: uma visão sociológica*. Porto: Afrontamento, pp. 49–74.

Carney, T. and Bennett, B. (2014) 'Framing pandemic management: new governance, science or culture?', *Health Sociology Review*, 23 (2), pp. 136-147.

Carr-Saunders, A.M. and Wilson, P.A. (1962) 'The Emergence of Professions', in S. Nosow and W.H. Form (eds) *Man, Work, and Society. A reader in the sociology of occupations*. New York: Basic Books, pp. 199–207.

Cerda, L. J. (2009) 'Moisés Maimónides, 'medico de príncipes, príncipe de los médicos''. *Revista Chilena de Infectología*, 26 (4), pp. 370-373.

Cockerham, D.C. (1981) 'Medical Sociology', *International Review of Modern Sociology*, 11(1/2), pp. 231–250.

Coe, R.M. (1984) *Sociología de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial.

Collins, R. (1988) *La sociedad credencialista: sociología histórica de la educación y de la estratificación*. Madrid: Akal.

Collyer, F. (2012) *Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia Compared, Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia Compared*. New York: Palgrave Macmillan.

Connell, R. (2020) 'COVID-19/Sociology', <https://doi.org/10.1177/1440783320943262>, 56(4), pp. 745–751. Available at: <https://doi.org/10.1177/1440783320943262>.

Connell, R. (2020). COVID-19/Sociology. *Journal of Sociology* 2020/07, pp 1-7.

Conrad, P. (1979) 'Types of medical social control', *Sociology of Health & Illness*, 1(1), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1111/J.1467-9566.1979.TB00175.X>.

Conrad, P. (1992) 'Medicalization and Social Control', *Annual Review of Sociology*, 18(1), pp. 209-232. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>.

Corbin, J.M. and Strauss, A.L. (1993) 'The articulation of work through interaction', *Sociological Quarterly*, 34(1). Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1993.tb00131.x>.

Correia, T. (2009) 'A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa*', *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (85). Available at: <https://doi.org/10.4000/rccs.350>.

Correia, T. (2012) *Medicina O agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Mundos Sociais.

Correia, T. (2013) 'A individualização do direito à saúde: contributos a partir de um olhar analítico The individualization in the right to health care: exploring an analytic insight', *Saúde & Tecnologia*, suplemento, pp. e52-e56.

Correia, T. (2020) 'A saúde e a Covid-19 em Portugal: uma reflexão a meio caminho andado', in, pp. 17-35. Available at: <https://doi.org/10.15847/CIESOD2020covid19>.

Correia, T. (2020). "A saúde e a covid-19 em Portugal: uma reflexão a meio caminho andado", in Renato Miguel do Carmo, Inês Tavares, Ana Filipa Cândido (orgs.). *Um Olhar Sociológico sobre a Crise Covid-19 em Livro*, Lisboa, Observatório das Desigualdades, CIES-ISCTE. Disponível em <https://www.observatorio-dasdesigualdades.com/2020/11/29/umolharsociologicosobreacovid19emlivro/>.

Correia, T. (2021). *Um olhar sociológico sobre a Covid-19*. Observatório das Desigualdades. Lisboa: ISCTE. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=SJPb_oW0kVg.

Correia, T. *et al.* (2015) *O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos*. Lisboa.

Correia, T. *et al.* (2015) *O Sistema de Saúde Português no Tempo da Troika: a Experiência dos Médicos*. Lisboa: ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos.

Correia, T. *et al.* (2017) 'The effects of austerity measures on quality of healthcare services: A national survey of physicians in the public and private sectors in Portugal', *Human Resources for Health*, 15(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0256-6>.

Correia, T., Dussault, G. and Pontes, C. (2015) *The Impact of the Financial Crisis on Human Resources in Three Southern-Europe Countries*. Health Policy.

Correia, T., Serra, H. and Carapinheiro, G. (2013). “Estado, Medicina e Políticas em Portugal: fluxos e refluxos de poder”, in Fátima Alves. *Saúde, Medicina e Sociedade. Uma visão Sociológica*. Lisboa: Pactor.

Crozier, M. and Friedberg, E. (1977) ‘L’acteur et le système les contraintes de l’action collective’. Paris: Editions Seuil.

Czarkowski, M., Kaczmarczyk, K. and Szymańska, B. (2015) ‘Hospital Ethics Committees in Poland’, *Science and Engineering Ethics*, 21(6), pp. 1525-1535. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11948-014-9609-x>.

Davis, M. *et al.* (2014). 'We Became Sceptics: Fear and Media Hype' in *General Public Narrative on the Advent of Pandemic Influenza. Sociological Inquiry* 2014/07, pp. 499-518.

Rodrigues, M. L. (2006) ‘As profissões e a democracia 1’, *Pro-Posições*, 17(1), p. 49.

DeCamp, M. *et al.* (2018) ‘Ethical Issues in the Design and Implementation of Population Health Programs’, *Journal of General Internal Medicine*, 33(3). Available at: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4234-4>.

Dias, Isabel *et al.* (2021). Relatório Executivo – Limpezas em tempo de pandemia: entre a precariedade e os riscos na saúde das trabalhadoras dos serviços de limpeza. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras (editor). Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto/Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto (coeditor). Disponível em <https://ispup.up.pt/a-experiencia-das-trabalhadoras-de-servicos-de-limpeza-durante-a-pandemia/>.

Diefenbach, T. (2009) ‘New public management in public sector organizations: The dark sides of managerialistic “enlightenment”’, *Public Administration*, 87(4), pp. 892-909. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01766.x>.

Dingwall, R., Hoffman, L. M. and Staniland, K. (2013) 'Introduction: Why a Sociology of Pandemics?' *Sociology of Health & Illness*, 35(2), pp. 167–173.

Domingues Figueira de Faria, I. (2016) *Therapeutic navigations: National and transnational quests for fertility among Mozambican women and men*.

Dougherty, B. L. (2020) 'Looking Beyond the Sick Body'. *American Sociological Association, Special Issue, Sociologists and Sociology During COVID-19*, May/June 2020, 48(3).

Dunleavy, P. *et al.* (2006) ‘New public management is dead - Long live digital-era governance’, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), pp. 467-494. Available at: <https://doi.org/10.1093/jopart/mui057>.

Durheim, É. (1968) *Les forms élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*. Paris: Les Presses Universitaires de France.

Durkheim, É. (1978) *Da Divisão do Trabalho Social. As regras do Método Sociológico. O Suicídio. As Formas Elementares da Vida Religiosa*. São Paulo: Abril, S.A. Cultural e Industrial.

Dwarswaard, J., Hilhorst, M. and Trappenburg, M. (2011) 'The doctor and the market: About the influence of market reforms on the professional medical ethics of surgeons and general practitioners in the Netherlands', *Health Care Analysis*, 19(4), pp. 388-402. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0166-z>.

Elias, N. (1964) 'Professions', in J. Gould and W.L. Kolb (eds) *A dictionary of the social sciences*. New York: Free Press, p. 542.

Ellis, C., Adams, T.E. and Bochner, A.P. (2011) 'Autoethnography: An overview', *Historical Social Research*, 12(12).

Escobar, C. *et al.* (2010). Formação em Ética y Profesionalismo para las Nuevas Generaciones de Médicos. *Pers. Bioét.*, vol. 14 (1), pp. 30-39.

Esping-Andersen, G. (1991) 'As três economias políticas do welfare state', *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (24). Available at: <https://doi.org/10.1590/s0102-64451991000200006>.

Faria, I.D.F. (2016) *Therapeutic Navigations – National and Transnational Quests for Fertility among Mozambican Women and Men*. Tese de Doutorado, Amesterdão: Universiteit van Amsterdam.

Feen, E.S. (2012) 'Doctors Are People Too', *American Journal of Bioethics*, 12(3), pp. 19-21. Available at: <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.656809>.

Fernandes, A.C. and Nunes, A.M. (2016) 'Os hospitais e a combinação público-privado no sistema de saúde português', *Acta Medica Portuguesa*, 29(3), pp. 217-223. Available at: <https://doi.org/10.20344/amp.6712>.

Fine, G.A. and Johnson, J.E. (2020) Ethnography in the Time of COVID-19. *American Sociological Association, Special Issue, Sociologists and Sociology During COVID-19*, May/June, 48 (3).

Fleck, L. (2014) 'Just Caring: Assessing the Ethical and Economic Costs of Personalized Medicine'. *Elsevier*, 32, pp. 202-206.

Fleck, L.M. (2014) 'Just caring: Assessing the ethical and economic costs of personalized medicine', *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2013.09.013>.

Foucault, M. (1995) *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*. New York: Vintage Books.

Foucault, M. (2015) *The Punitive Society: Lectures at the Collège de France, 1972-1973*, ed. Arnold I. Davidson, Palgrave Macmillan, September 2015 (1.^a ed. 1973).

Fox, N.J. (1992) *The Social Meaning of Surgery*. Philadelphia: Open University Press.

Fox, N. J. (1993) 'Discourse, organization and the surgical ward round', *Sociology of Health & Illness*, 15(1).

Fox, N.J. (1994) 'Anaesthetists, the discourse on patient fitness and the organisation of surgery', *Sociology of Health & Illness*, 16(1). Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1994.tb00138.x>.

Fox, N.J. (1999) 'Os tempos dos cuidados de saúde: Poder, controlo e resistência', *Sociologia, Problemas e Praticas*, 29, pp. 9-29.

Fralick, P.C., Scarborough, H. and Piercey, W.D. (2020) *hospital | Definition, History, Types, Services, & Facts | Britannica*.

Freeman, R.E. et al. (2010) *Stakeholder theory: The state of the art, Stakeholder Theory: The State of the Art*. Available at: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511815768>.

Freidson, E. (1974) *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge, Profession of medicine : a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

Freidson, E. (1983) 'Viewpoint: sociology and medicine: a polemic', *Sociology of Health & Illness*, 5(2). Available at: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491530>.

Freidson, E. (1990) 'The Centrality of Professionalism to Health Care', *Jurimetrics*, 30(4), pp. 431-445.

Freidson, E. (1994) *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*. Cambridge: Polity Press.

Freidson, E. (2000) *O Renascimento do Profissionalismo*. São Paulo: Universidade de S. Paulo.

Freidson, E. (2004) *Professionalism : the third logic*. Cambridge: Polity Press.

Gabe, J., Bury, M. and Elston, M.A. (2004) *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications.

Gallagher, E.B. (1976) 'Lines of reconstruction and extension in the Parsonian sociology of illness', *Social Science and Medicine*, 10(5), pp. 207–218. Available at: [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(76\)90001-9](https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90001-9).

Gerhardt, U. (1979) 'The Parsonian paradigm and the identity of medical sociology', *The Sociological Review*, 27(2), pp. 229-250.

Giddens, A. (1986) *The Constitution of Society - Outline of the Theory of Structuration*. California: University of California Press.

Giovanella, L. and Stegmüller, K. (2014) 'The financial crisis and health care systems in Europe: Universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain', *Cadernos de Saude Publica*, 30(11), pp. 1-19. Available at: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021314>.

Giraldes, M. do R. (2003) *Sistema de Saúde Versus Sector Privado em Portugal*. Lisboa: Editorial Estampa.

Glazer, N. (1974) 'The schools of the minor professions', *Minerva*, 12(3), pp. 346-364. Available at: <https://doi.org/10.1007/BF01102529>.

Goffman, E. (1975) *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Goffman, E. (2017) *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Routledge

Goldberg, T.L. and Patz, J.A. (2015) 'The need for a global health ethic', *The Lancet*, 386, pp. 37-39. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60757-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60757-7).

Goldman, L. and Schafer, A.I. (2014). *Goldman-Cecil Medicina*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Goldman, J. and Xyrichis, A. (2020) 'Interprofessional working during the COVID-19 pandemic: sociological insights', *Journal of Interprofessional Care*. Disponível em <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1806220>.

Gonçalves, A.M. (2004) 'A doença mental e a cura: um olhar antropológico', *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(30), pp. 159–171.

Goode, W.J. (1957) 'Community Within a Community: The Professions', *American Sociological*, 22(2), pp. 194–200.

Greenwood, E. (1957) 'Attributes of a profession', *Social Work (United States)*, 2(3), pp. 45-55. Available at: <https://doi.org/10.1093/sw/2.3.45>.

Greenwood, M. (2002) 'Ethics and HRM: A Review and Conceptual Analysis', *Journal of Business Ethics*, 36, pp. 261-278.

Halleck, S.L. (1986) 'Responsibility and Excuse in Medicine and Law: A Utilitarian Perspective', *Law and Contemporary Problems*, 49(3), pp. 127-146. Available at: <https://doi.org/10.2307/1191629>.

Hayward, A. (2014) Sociology of a pandemic, *The Lancet Respiratory Medicine*, 2014/10, 2(10).

Hensher, M., Price, M. and Adomakoh, S. (2006) 'Referral Hospitals' in *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Second Edition). Edited by Dean T. *et al.*, Chapter 66. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

Hernández-Escobar, C. *et al.* (2010) 'Formación en ética y profesionalismo para las nuevas generaciones de médicos', *Persona y Bioética*, 14(1), p. 30. Available at: <https://doi.org/10.5294/pebi.2010.14.1.2>.

Hespanha, M.J.F. (1987) *O corpo, a doença e o médico: representações e práticas sociais numa aldeia*, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (23).

Hespanha, P. (2019) 'The Impact of Austerity on the Portuguese National Health Service, Citizens' Well-Being, and Health Inequalities', *e-cadernos CES*, (31), pp. 43-67. Available at: <https://doi.org/10.4000/eces.4187>.

Hill, M.M. and Hill, A. (2014) *Investigação por questionário*. 3rd Edition. Lisboa: Edições Sílabo.

Hughes, E.C. (1964) *Men and their Work*. London: The Free Press of Glencoe.

Jamison, D.T. *et al.* (2006) *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Second Edition). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. . Available at: <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6179-5>.

Jamra, C.C.A., Cecilio, L.C. de O. and Correia, T. (2016) 'Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional?', *Saúde em Debate*, 40(108), pp. 86-94. Available at: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080007>.

Jennings, M. (2006) *Seven Signs of Ethical Collapse*. New York: St. Martin's Press.

Johnson, T.J. (1972) *Professions and power*. 1st Edition. London: Macmillan.

Johnson, T.J. (1976) *Professions and Power*. London: Macmillan.

Kant, I. (2019) *Crítica da razão prática*. Lisboa: Edições 70.

Karanikolos, M. *et al.* (2013) 'Financial crisis, austerity, and health in Europe', *The Lancet*, 381(9874), pp. 1323-1331. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).

Karchmer, S. (2012) 'Códigos y juramentos en medicina', *Acta Medica Grupo Angeles*, 10(4), pp. 224–234.

Karlsson, U. and Fraenkel, C.-J. (2020) *Covid-19: risks to healthcare workers and their families*. BMJ 371. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.m3944>.

Karshmer, S. (2012) Códigos e Juramentos en Medicina, *Acta Medica Grupo Angeles*, 10(4), pp. 224-234.

Kass, J.S. and Rose, R. v. (2016) ‘Medical Malpractice Reform—Historical Approaches, Alternative Models, and Communication and Resolution Programs’, *AMA Journal of Ethics*, 18(3), pp. 299-310. Available at: <https://doi.org/10.1001/JOURNALOFETHICS.2016.18.3.PFOR6-1603>.

Killingray, D. (2009) *A pandemia no seu tempo in A Pandemia Esquecida. Olhares Comparados sobre a Pneumónica 1918-1919*. Coordenadores: Sobral, J. M. et al. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Kodolitsch, Y. et al. (2017) 'Medical Strategy between Economy and Ethics', *Springer*, 11, pp. 346-354.

Kotsis, S. v. and Chung, K.C. (2010) ‘Fundamental principles of conducting a surgery economic analysis study’, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(2). Available at: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c91501>.

Larson, M.S. (1977) *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. California: University of California Press.

Larson, M.S. (2017) *The rise of professionalism : monopolies of competence and sheltered markets*. New York: Routledge.

Lopes, D. S. (1970-) (2021) ‘Justiça em curso: preceitos e práticas da primeira instância’.

Lopes, D.S. (2021) *Justiça em Curso: Preceitos e Práticas da Primeira Instância*. Porto: Afrontamento.

Lopes, D.S. et al. (2017) *O Estado por dentro: Uma etnografia do poder e da administração pública em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Lopes, N. (2001) *Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editorial.

Lupton, D. (2020) Special section on “Sociology and the Coronavirus (COVID-19) Pandemic”, *Health Sociology Review*.

MacDonald, M. (1989) ‘The Medicalization of Suicide in England: Laymen, Physicians, and Cultural Change, 1500-1870’, *The Milbank Quarterly*, 67. Available at: <https://doi.org/10.2307/3350186>.

Machado, M.C. (2012) 'Ética da decisão em saúde e terapêuticas inovadoras', *Colecção Bioética Bowis J. Politicians as Patients' Advocates. GASTEIN -Health Ethics*, 14.

Manning, N. (2001) 'The Legacy of the New Public Management in Developing Countries', *International Review of Administrative Sciences*, 67, pp. 297-312.

Manuila, A. *et al.* (2004) 'Dicionário Médico', p. 56. Available at: http://climepsi.pt/livros/dicionario_medico_3_edicao_revista_e_ampliada (Accessed: 30 July 2022).

Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., Nicoulin, M. (2000). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores.

Marjoribanks, T. *et al.* (1996) 'Physicians' Discourses on Malpractice and the Meaning of Medical Malpractice', *Journal of Health and Social Behavior*, 37(2), pp. 163-178. Available at: <https://doi.org/10.2307/2137271>.

Marques, M.S. and Ferreira, C.M. (2010) 'Contágio: Contribuição para a epistemologia e a ética da Saúde Pública', *Acta Medica Portuguesa*, 23(3), pp. 533-556.

Mason, J. (2002). *Qualitative Research*. London: SAGE Publications

Matei, A. and Antonie, C. (2014) 'ScienceDirect The New Public Management within the Complexity Model', *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 109, pp. 1125–1129. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.599>.

Matthewman, S. and Huppatz, K. (2020) 'A sociology of Covid-19', *Journal of Sociology*, 56(4), pp. 675–683.

McCullough, L.B.*et al.* (1998) *Surgical Ethics*. New York: Oxford University Press.

Mercier, S. (2003) *A Ética nas Empresas*. Porto: Edições Afrontamento.

Merton, R. K. (1938) 'Social Structure and Anomie', *American Sociological Review*, 3(5), pp. 672-682.

Merton, R.K. (1940) 'Bureaucratic structure and personality', *Social Forces*, 18(4), pp. 560–568. Available at: <https://doi.org/10.2307/2570634/2/18-4-560.PDF.GIF>.

Merton, R.K. (1970) *Sociologia – teoria e estrutura*. São Paulo: Mestre Jou.

Mintzberg, H. (1979) *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Moisão, C. (2012) 'Hospitais Medievais de Lisboa', *Revista Ordem dos Médicos*, pp. 68–72.

Moore, W.E. and Rosenblum, G.W. (1970) *The professions: roles and rules*. Russell Sage Foundation.

Moran, L. and Green, L. (2020) 'Social distancing as Scientization: UK and Irish Policy responses to Covid-19, emotions and touch', *Irish Journal of Sociology*, 28(3), pp. 349–350.

Mourão, V., Campaniço, P. and Brühem, M. (2012) 'Health governance in a context of crisis - the perspective of efficiency and effectiveness in the Portuguese health system', *Social Cohesion and Development*, 7(1), pp. 11–23. Available at: <https://doi.org/10.12681/scad.8986>.

Mourão, V., Campanico, P. and Bruheim, M. (2016) 'Health governance in a context of crisis - the perspective of efficiency and effectiveness in the Portuguese health system', *Social Cohesion and Development*, 7(1). Available at: <https://doi.org/10.12681/SCAD.8986>.

Myles, J. and Quadagno, J. (2002) 'Political theories of the welfare state', *Social Service Review*, 76(1), pp. 34-57. Available at: <https://doi.org/10.1086/324607>.

Neves, M. do C.P. (2016) *Ética : dos fundamentos às práticas*. Edições 70.

Noe, R.A. (2013) *Employee Training and Development*. New York: McGraw-Hill Education.

Nogueira, F.M. (2016) 'Aspectos éticos da inovação em saúde em Portugal', *Revista Bioética*, 24(1), pp. 83–90. Available at: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241109>.

Nogueirai, P.J. *et al.* (2020) 'Excess mortality estimation during the COVID-19 pandemic: Preliminary data from Portugal', *Acta Medica Portuguesa*, 33(6), pp. 622-632. Available at: <https://doi.org/10.20344/amp.13928>.

Noordegraaf, M. and van der Meulen, M. (2008) 'Professional power play: Organizing management in health care', *Public Administration*, 86(4), pp. 1055-1069. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2008.00746.x>.

Novello, A.C. *et al.* (1991) 'From the Surgeon General, US Public Health Service', *JAMA*, 266(6), p. 770.

Nunes, A.M. (2018) 'A Recuperação Do Serviço Nacional De Saúde Português: Novas Perspectivas Para A Política De Saúde', *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 7(1), pp. 16-28. Available at: <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i1.311>.

Nunes, E.D. (1992) 'As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento', *Saúde e Sociedade*, 1(1). Available at: <https://doi.org/10.1590/s0104-12901992000100007>.

Nunes, E.D. (2007) 'Samuel W. Bloom e a história da sociologia médica', *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1). Available at: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312007000100011>.

Nunes, E.D. (2014) 'A construção teórica na sociologia da saúde: Uma reflexão sobre a sua trajetória', *Ciencia e Saude Coletiva*, 19(4), pp. 1007-1018. Available at: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12422013>.

Nunes, S.R.T., Rego, G. and Nunes, R. (2013) 'Awareness of costs and individual accountability in health care', *Nursing Ethics*, 20(6), pp. 645-659. Available at: <https://doi.org/10.1177/0969733012468464>.

Observatório Europeu de Políticas de Sistemas de Saúde (2021).

Oliveira, L.E. do N. *et al.* (2018) 'Análise Interdisciplinar das Relações de Conflito e Poder na Gestão Hospitalar', *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 7(2), pp. 129-142. Available at: <https://doi.org/10.5585/rgss.v7i2.12800>.

Pardo, A. (2011) 'La ética en la medicina', *Persona y Bioética*, 15(2), pp. 166-183.

Parsons, T. (1939) 'The professions and social structure', *Social Forces*, 17(4). Available at: <https://doi.org/10.2307/2570695>.

Parsons, T. (1951) 'Illness and the role of the physician: a sociological perspective', *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), pp. 425-460. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>.

Parsons, T. (1956) 'Suggestions Approach to a Sociological Theory of Organizations-II', *Administrative Science Quarterly*, 1(2), pp. 63-85.

Parsons, T. (1991) *The social system*. London: Routledge.

Parsons, T. (2005) *The Social System*. London: Taylor & Francis e-Library.

Perdigão, A.C. (2003) 'A ética do cuidado na intervenção comunitaria e social: Os pressupostos filosóficos', *Análise Psicológica*, 4(11), pp. 485-497.

Perlstadt, H. (2020) 'Sociology as a Lens on the Pandemic and Responses to It', *American Sociological Association, Special Issue, Sociologists and Sociology During COVID-19*, 48(3).

Perrow, C. (1963) 'Goals and Power Structures', in *The Hospital in Modern Society*. New York: The Free Press.

Perrow, C. (1986) 'Reviews of complex organizations. A critical essay', *The Academy of Management Review*, 12(2).

Pfaller, L. (2020) 'Theorizing the virus: abjection and the COVID-19 pandemic', *International Journal of Sociology and Social Policy*. Disponível em <https://www.emerald.com/insight/0144-333X.htm>.

Pickersgill, M. (2020) 'Pandemic Sociology', *Engaging science, technology, and society*, 6, pp. 347–350. Disponível em <https://doi.org/10.17351/ests2020.523>.

Piedade Silva, C. and Martins de Sousa, R. (2021) *Budgetary restrictions and ethical behaviours in a hospital context – evidence from general surgeons*. Lisboa: ISEG.

Piercey, W. D., Fralick, P. C. and Scarborough, H. (2020) 'Hospital', *Encyclopedia Britannica*, 16 Apr. 2020

Piña Barba, M.E. (2012) 'La ética y la crisis de la salud en México', *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3). Available at: <https://doi.org/10.1590/s0864-34662012000300012>.

Pinnington, A., Macklin, R. and Campbell, T. (2007) *Human Resource Management – Ethics and Employment*. New York: Oxford University Press.

Pita Barros, P. (2019) *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina.

Ramos, R. (2019) 'Da qualidade dos registos depende a boa administração: os documentos do Hospital de Todos os Santos', *Cadernos do Arquivo Municipal*, ser2(11).

Raposo, H. (2015) 'A padronização na medicina. Um olhar sociológico sobre os seus efeitos na medicina geral e familiar', in G. Carapinheiro and T. Correia (eds) *Novos temas de saúde, novas questões sociais*. Lisboa: Mundos Sociais, pp. 47–52.

Rawls, J. (2013) *Uma Teoria da Justiça*. Lisboa: Editorial Presença.

Rego, I. *et al.* (2017) 'A Crise Económica em Médicos do Serviço Nacional de Saúde: Estudo Descritivo das Suas Perceções e Reações em Unidades de Saúde na Região da Grande Lisboa', *Acta Médica Portuguesa*, 30(4), pp. 263-272. Available at: <https://doi.org/10.20344/amp.7690>.

Richterich, A. (2020) 'When open source design is vital: critical making of DIY healthcare equipment during the COVID-19 pandemic', *Health Sociology Review*, 29 (2). Available at: <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1784772>.

Riggs, K.R. and DeCamp, M. (2014) 'Physicians' Dual Agency, Stewardship, and Marginally Beneficial Care', 14(9), pp. 49–51. Available at: <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.935889>.

- Rodrigues, M. de L. (2002) *Sociologia das profissões*. Lisboa: Celta Editora
- Rodrigues, M. de L. (2006) 'As profissões e a democracia', *Pro-Posições*, 17(1/49).
- Rodrigues, M. de L. (2012) *As profissões e o interesse público, Profissões - Lições e Ensaios*. Coimbra: Almedina.
- Rosner, P. (2003) *The economics of social policy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Sakellarides, C. et al. (2014) *The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Sala, J.C. (1982) *Notas sobre un proceso de cambio: la despenalización de la enfermería*.
- Santana, P. (2010) 'Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde', in J. Simões (ed.) *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percorso Comentado*. Coimbra: Almedina, pp. 26-27.
- Santos, B. and Ferreira, S. (2002) 'A reforma do Estado-Providência entre globalizações conflitantes', in P. Hespanha e G. Carapinheiro, *Risco Social e Incerteza. Pode o Estado recuar mais?*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 177–225.
- Santos, B. de S. (1987) 'O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde', *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (23).
- Santos, J.M. dos (2012) *Introdução à Ética*. Lisboa: Sistema Solar.
- Seifert, A. And Hassler, B. (2020) 'Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness Among Older Adults', *Frontiers in Sociology* 2020/10, 5.
- Selzer, R. (2001). *Rituals of Surgery*. Michigan: Michigan State University Press.
- Selznick, P. (1943) 'An Approach to a Theory of Bureaucracy', *American Sociological Review*, 8(1), pp. 47-54. Available at: <https://doi.org/10.2307/2085448>.
- Selznick, P. (1948) 'Foundations of the Theory of Organization', *American Sociological Review*, 13(1), pp. 25-35. Available at: <https://doi.org/10.2307/2086752>.
- Serapioni, M. (2009) 'Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional', *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, pp. 65-82.
- Serapioni, M. (2017) 'Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa', *Cadernos de Saude Publica*, 33(9). Available at: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170116>.

Serra, H. (2007) 'Da construção e reprodução do conhecimento e discurso médicos. Para uma etnografia da transplantação hepática', *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (79), pp. 113-131. Available at: <https://doi.org/10.4000/rccs.731>.

Serra, H. (2008) *Médicos e poder: transplantação hepática e tecnocracias*. Coimbra: Edições Almedina.

Serra, H. (2015) 'A medicina entre os imperativos epistémicos e organizacionais', in G. Carapinheiro and T. Correia (eds) *Novos temas de saúde, novas questões sociais*. Lisboa: Editora Mundos, pp. 53–64.

Silva, C.P. and Sousa, R.M. de (2021) 'Budgetary restrictions and ethical behaviours in a hospital context – evidence from general surgeons', *European Journal of Management Studies*, 26(1). Available at: <https://doi.org/10.1108/ejms-01-2021-0006>.

Silva, P.C.P. (2018) *Restrições orçamentais e comportamentos éticos em contexto hospitalar: evidências de cirurgias gerais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa.

Simões, J. (2010) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.

Simpson, G. *et al.* (1948) 'The Theory of Social and Economic Organization.', *The Philosophical Review*, 57(5). Available at: <https://doi.org/10.2307/2181723>.

Smelser, N.J. and Swedberg, R. (2005) *The Handbook Of Economic Sociology*. New York: Princeton University Press.

Sobral, J.M. *et al.* (2009) *A Pandemia Esquecida. Olhares Comparados sobre a Pneumónica 1918-1919*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Starr, P. (1984) *The Social Transformation of American Medicine*. New York : Basic Books.

Strauss, A. (1978) *Negotiations : varieties, contexts, processes, and social order*. Londres: Jossey-Bass Inc Pub.

Strauss, A. *et al.* (1963) 'The hospital and its Negotiated Order', *The hospital in modern society*, 147 (169), pp. 147–169.

Strauss, A. *et al.* (1982) 'Sentimental Work in the Technologized Hospital', *Sociology of Health and Illness*, 4(3), pp. 254-278.

Strauss, A.L. and Maines, D.R. (1993) *Continual Permutations of Action*. 1st Edition. New York: Routledge. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781351328562>.

Strauss, A.L. *et al.* (2017) *Social Organization of Medical Work, Social Organization of Medical Work*. New York: Routledge. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781315129679>.

Strong, P. (1990) 'Epidemic psychology: a model', *Sociology of Health and Illness*, 12(3), pp 249-259.

Talbott, J. (1969) 'William Osler Commemorative Issue', *The Journal of the American Medical Association*, 210(12), p. 2269.

Tavares, D. (2007) *Escola e identidade profissional: o caso dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa: Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa.

Tavares, D. (2014) 'Poderes Profissionais e Processos de Profissionalização no Campo da Saúde', *CESContexto*, (7), pp. 88–98.

Tedlock, B. (1991) 'From Participant Observation to the Observation of Participation: The Emergence of Narrative Ethnography', *Journal of Anthropological Research*, 47(1). Available at: <https://doi.org/10.1086/jar.47.1.3630581>.

Tedlock, B. (2007) 'P 2 – 151', *The SAGE handbook of Qualitative Research*.

Teixeira, L. (2015) 'Efeitos emergentes, questões prementes na reforma dos cuidados de saúde primários', in G. Carapinheiro and T. Correia (eds) *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*. Lisboa: Mundos Sociais.

Temido, M. and Dussault, G. (2014) 'Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: Limites normativos à mudança', *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), pp. 45-54. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.11.002>.

Timmermans, S. (2013) 'Seven warrants for qualitative health sociology', *Social Science and Medicine*, 77, pp. 1-8. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.004>.

Torrington, D. *et al.* (2009) *Fundamentals of Human Resource Management – Managing People at Work*. Harlow: Pearson Education.

Treviño, L.K. and Nelson, A.K. (2011) *Managing Business Ethics: Straight Talk about How to Do It Right*. Hoboken: Wiley.

Turner, B.S. (1987) *Medical power and social knowledge*. London: Sage.

Vaz Patto, P. (2019) 'Quando a Lei impõe, mas a consciência não permite. A objeção de consciência', in *Reflexões sobre a Ética Médica*. Cascais: Principia.

Villanueva-Egan, L. and Lezana-Fernandez, M.Á. (2014) 'La importancia de la economía en las decisiones clínicas. Parte 1', *Revista Conamed*, 19 (4), pp. 178-182.

Villanueva-Egan, L.A. and Lezana-Fernández, M.Á. (2014) 'The importance of economy in clinical decisions. Part 1', *Revista Conamed*, 19(3), pp. 128–131.

Wall, A. *et al.* (2013) 'Ethics in Surgery', *Current Problems in Surgery*, 50(3), pp. 89-136. Available at: <https://doi.org/10.1067/j.cpsurg.2012.11.004>.

Wall, A.E. (2014) 'Ethics in global surgery', *World Journal of Surgery*, 38(7), pp. 1574-1580. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2600-5>.

Ward, P. (2020) 'A sociology of the Covid-19 pandemic: A commentary and research agenda for sociologists', *Journal of Sociology*, 1–10.

Wasserman, D. and Wertheimer, A. (2014) 'In Defense of Bunkering', *American Journal of Bioethics*, 14(9), pp. 42-43. Available at: <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.935885>.

Weber, M. (1947) *Theory of Social and Economic Organization*. New York: Free Press.

Weber, M. (1978) *Economy and Society: An Outline of Interpretative Sociology*, *Economy and Society. An Outline of Interpretative Sociology*. Berkeley: Berkeley, CA: University of California Press.

Wilensky, H.L. (1964) 'The Professionalization of Everyone?', *American Journal of Sociology*, 70(2). Available at: <https://doi.org/10.1086/223790>.

Will, C. M. and Bendelow, G. (2020) 'Processing the pandemic', *Sociology of Health & Illness*, 42(8).

Willensky, H. (1964) 'The Professionalization of Everyone', *The American Journal of Sociology*, 70(2), pp. 137-158.

Wuopulos, K. (2020) 'Emotions, emergencies and disasters: sociological and anthropological perspectives on the COVID-19 pandemic', *Global Affairs*, 6(4-5), pp. 609-615.

Yin, R.K. (2016) *Pesquisa qualitativa do início ao fim*, *BMC Public Health*.

Zussman, R. (2000) 'The Contributions of Sociology to Medical Ethics', *The Hastings Center Report*, 30(1), pp. 7-11. Available at: <https://doi.org/10.2307/3527988>.

• WEBOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde (2022). Disponível em www.acss.min-saude.pt (acesso em 02.01.2022).

Associação Portuguesa de Bioética (2017). Disponível em <http://www.apbioetica.org/gca/index.php?id=147&idbloco=155> (acesso em 10.11.2017).

Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2020). Disponível em <https://www.apca.com.pt/> (acesso em 15.11.2020).

Diário da República (2016). Regulamento n.º 707/2016. 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).

Direção-Geral da Saúde (2020). Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/> (acesso a partir de 16.03.2020 até 31.12.2020).

Entidade Reguladora da Saúde (2022). Disponível em <https://www.ers.pt-im-impacto-covid-19.pdf> (acesso em 10.03.2022).

Hospital de São João – Comissão de Ética (2017). Disponível em <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/62> (acesso em 12.02.2018).

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2021). Disponível em <http://www.insa.min-saude.pt/museu-da-saude-do-real-hospital-de-todos-os-santos-ao-hospital-sao-jose/> (acesso em 03.01.2021).

Instituto Nacional de Estatística (2019). Disponível em www.ine.pt (acesso em 12.12.2019)

International Association for Ambulatory Surgery (2019). Disponível em <https://www.iaas-med.com/> (acesso em 15.11.2020).

Instituto de Soldadura e Qualidade (2020). Disponível em <https://www.isq.pt/servico-detalhe/classificacao-de-salas-limpas/> (acesso em 26.10.2020).

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_p_auth=zt2dAYbd (acesso em 10.11.2017).

Ministério da Saúde (2017). Relatório e Contas de 2016. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt> (acesso em 12.03.2019).

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017). Health Statistics 2017 (OECD.stat). Disponível em http://stats.oecd.org/index.aspx?r=59781&errorCode=403&lastaction=login_submit (acesso em 18.02.2018).

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2019). Health expenditure and financing. Disponível em <https://data.oecd.org> (acesso em 14.01.2019).

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2019). Health Spending. Disponível em <https://data.oecd.org> (acesso em 14.01.2019).

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 (2017). Disponível em www.sns.gov.pt (acessos em 17.11.2017, 27.12.2017 e 14.04.2018).

Reunião Nacional de Comissões de Ética (2017). Disponível em http://www.luzsaude.pt/media/2793589/1131_pt_p.pdf (acesso em 17.11.2017).

Revista da Ordem dos Médicos (2020). Disponível em <https://ordemosmedicos.pt/revistas/ROM6.pdf> (acesso em 07.11.2020).

Rodrigues, M.A., Araújo, J.F. (2005). Repositório da Universidade do Minho. Disponível em <https://www.repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4545/1/> (acesso em 06.01.2019).

Serviço Nacional de Saúde (2016). Disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar> (acesso em 12.02.2018).

World Health Organization (2021). Disponível em <https://www.who.int/hospitals/hospitals-in-the-health-system/en/> (acesso em 01.01.2021).

World Medical Association (2018). Disponível em <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/> (acesso em 13.01.2018).

Worldometer (2020). Disponível em <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries> (acesso a partir de 16.03.2020).

ANEXOS

Anexo I

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

"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."

Anexo II

SEGMENTAÇÃO DOS HOSPITAIS POR GRUPOS

GRUPO I

ULS Norte Alentejo, ULS Baixo Alentejo, ULS Litoral Alentejano, CH Cova da Beira, CH Leiria, CH Baixo Vouga, Hospital Distrital da Figueira da Foz, ULS Guarda, ULS Castelo Branco, CH Barreiro/Montijo, CH Setúbal, CH Oeste CH Médio Tejo, Hospital de Cascais, Hospital de Loures, Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital Distrital de Santarém, Hospital Fernando da Fonseca, CH Alto Ave, CH Médio Ave, CH Entre Douro e Vouga, CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE. CH Tâmega e Sousa, Hospital Santa Maria Maior, ULS Matosinhos, ULS Alto Minho, ULS Nordeste, EPE;

GRUPO II

Hospital Espírito Santo de Évora, CHU Algarve, CH Tondela-Viseu, CH Lisboa Ocidental, Hospital Garcia de Orta, CH Trás-os-Montes e Alto Douro, CH Vila Nova de Gaia/Espinho, Hospital de Braga;

GRUPO III

CH Universitário de Coimbra, CH Lisboa Central, CH Lisboa Norte, CH São João, CHU Porto;

MD

Forças Armadas, Hospitais Prisionais;

GRUPO IV a)

Institutos de Oncologia;

GRUPO IV b)

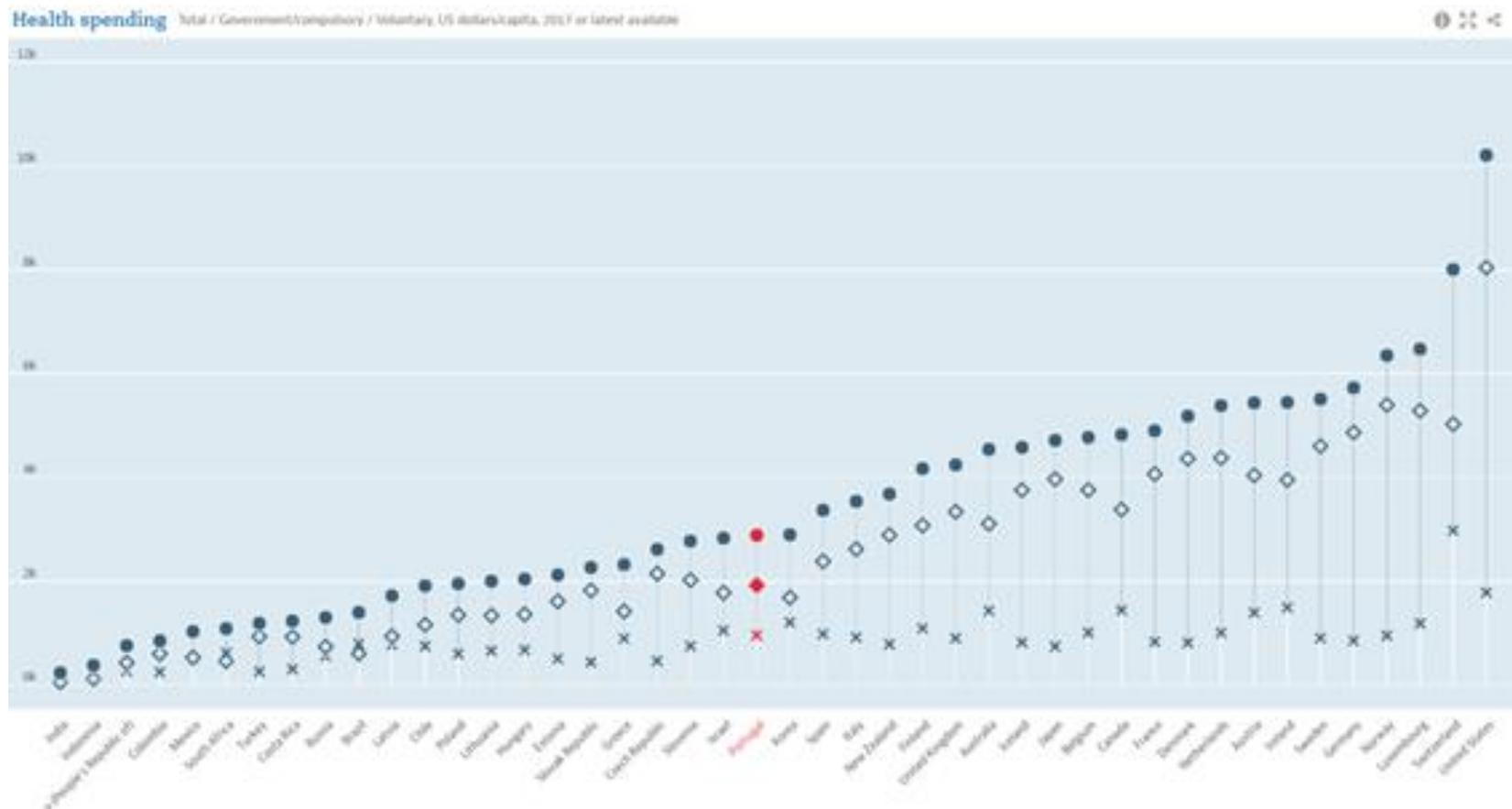
Centros de Medicina Física e de Reabilitação;

GRUPO IV c)

Centros Psiquiátricos.

Anexo III

NÍVEIS DE CONSUMO DO ESTADO POR CIDADÃO



Fonte: Base de Dados da OCDE (2019)

Anexo IV

ATRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO PIB À SAÚDE 2008 A 2017

País \ Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Australia	8,3	8,6	8,4	8,6	8,7	8,8	9,1	9,3	9,3	9,1
Austria	9,7	10,2	10,2	10	10,2	10,3	10,4	10,3	10,4	10,3
Belgium	9,3	10	9,8	10	10,1	10,3	10,3	10,1	10	10
Canada	9,5	10,6	10,6	10,2	10,2	10,1	10	10,4	10,5	10,4
Chile	6,7	7,2	6,8	6,8	7	7,4	7,6	8	8,2	8,1
Czech Republic	6,4	7,3	6,9	7	7	7,8	7,7	7,1	7,1	7,1
Denmark	9,5	10,7	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	10,4	10,2
Estonia	5,8	6,5	6,3	5,8	5,8	6	6,2	6,5	6,7	6,7
Finland	8,1	8,9	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,7	9,5	9,2
France	10,5	11,2	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,5
Germany	10,2	11,1	11	10,7	10,8	10,9	11	11,1	11,1	11,3
Greece	9,4	9,5	9,6	9,1	8,9	8,4	8	8,2	8,5	8,4
Hungary	7,1	7,2	7,5	7,5	7,5	7,3	7,1	7,1	7,4	7,2
Iceland	8,7	9	8,8	8,5	8,4	8,5	8,5	8,3	8,3	8,5
Ireland	9,1	10,5	10,5	10,7	10,8	10,3	9,7	7,4	7,4	7,1
Israel	7	7,1	7,1	7	7,1	7,1	7,2	7,4	7,3	7,4
Italy	8,6	9	9	8,8	9	9	9	9	8,9	8,9
Japan	8,2	9,1	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,7
Korea	5,7	6,1	6,2	6,3	6,4	6,6	6,8	7	7,3	7,6

País \ Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Latvia	5,6	6,2	6,1	5,6	5,4	5,4	5,5	5,7	6,2	6,3
Lithuania	6,3	7,4	6,8	6,5	6,3	6,1	6,2	6,5	6,7	6,3
Luxembourg	6,5	7,3	7	6,1	6,6	6,6	6,4	6,2	6,2	6,1
Mexico	5,7	6,1	6	5,7	5,8	5,9	5,6	5,8	5,5	5,4
Netherlands	9,5	10,2	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,4	10,4	10,1
New Zealand	9,1	9,6	9,6	9,5	9,7	9,4	9,4	9,3	9,2	9
Norway	8	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,5	10,4
Poland	6,4	6,6	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	6,5	6,7
Portugal	9,4	9,9	9,8	9,5	9,3	9,1	9	9	9,1	9
Slovak Republic	7	8	7,8	7,4	7,6	7,5	6,9	6,9	7,1	7,1
Slovenia	7,8	8,6	8,6	8,6	8,8	8,8	8,5	8,5	8,5	8
Spain	8,3	9	9	9,1	9,1	9	9	9,1	9	8,8
Sweden	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11	10,9	10,9
Switzerland	10,2	10,8	10,7	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9	12,2	12,3
Turkey	5,3	5,5	5,1	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2
United Kingdom	7,7	8,5	8,5	8,4	8,3	9,8	9,7	9,8	9,8	9,6
United States	15,3	16,3	16,4	16,4	16,4	16,3	16,5	16,8	17,1	17,2

Anexo V

FINANCIAMENTO E GASTOS DA SAÚDE SOBRE O PIB

2017 A 2020

<u>Dataset: Health expenditure and financing</u>						
Financing scheme						
Function						
Provider						
Measure						
Year			2017	2018	2019	2020
Country	Unit					
<u>Greece</u>	Percentage	i	8.1	8.0	7.8	..
<u>Ireland</u>	Percentage	i	7.1	6.9	6.7	^(P) 7.2
<u>Italy</u>	Percentage	i	8.7	8.7	8.7	^(P) 9.7
<u>Portugal</u>	Percentage	i	9.3	9.4	9.5	^(P) 10.1
<u>Spain</u>	Percentage	i	9.0	9.0	^(P) 9.1	..

Legend:

B: Break

P: Provisional value

Fonte: Base de Dados da OCDE (2022)

Data extracted on 07 Feb 2022 15:46 UTC (GMT) from OECD.Stat

DADOS DA OCDE

Dos 35 países listados na base de dados da OCDE da percentagem do PIB destinado à saúde, Portugal ocupa 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 dolar 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)

Anexo VI

ENTREVISTAS SEMIDIRETIVAS AOS PROFISSIONAIS DO
HOSPITAL

ENTREVISTAS SEMIDIRETIVAS

1 – Identificação do entrevistado

Nome

Idade

Formação Académica

Tempo de experiência na posição

Setor de atividade (Público/Privado)

Distrito

2 - Questões

ADMINISTRAÇÃO

Tendo em conta o período do Pós Troika - pré-pandemia - comparativamente com o período pandemia/atualidade...

- Sentiu o impacto das restrições orçamentais no seu hospital no período do ME? E no período Covid?
- Considera que houve migração dos profissionais de saúde do setor público para o privado em algum dos momentos?
- Acha que houve aumento nas listas de espera cirúrgicas? Como é que reagiu a essa condição e quais as medidas tomadas pelo seu hospital?
- Como classifica as semelhanças e as diferenças de atuação no mercado dos hospitais públicos e dos privados, no que concerne à prestação do serviço ao doente em ambos os períodos?
- E em termos de proximidade ao doente?
- Acha que os hospitais públicos têm maior ou menor preocupação com os seus doentes do que os privados?
- De uma forma geral, considera as cirurgias tecnicamente mais exigentes como apanágio do setor público? Explique...
- Este hospital referencia doentes cirúrgicos para outro hospital por não ter tecnologia ou recursos humanos adequados ao seu tratamento?

- Enquanto administrador, que importância atribui à qualidade dos materiais cirúrgicos e ao binómio qualidade/preço?
- Acredita que a inovação tecnológica se relaciona com a melhor/pior qualidade de tratamento dos doentes?
- Costuma acolher a opinião dos profissionais de saúde para as escolhas dos materiais?
- Considera que os comportamentos éticos dos profissionais de saúde em geral e dos cirurgiões gerais em particular são passíveis de alterar-se em condições de constricção económica no uso de materiais da sua confiança?
- Na sua opinião, diria que a Troika interferiu negativa ou positivamente na saúde pública e/ou na saúde privada? e o Covid?
- Como acha que o setor público pode resolver o problema das listas de espera do SNS? E o setor privado?
- Como vê o SNS agora e no futuro?
- O seu DRH e o seu CE interferem nas tomadas de decisão dos seus cirurgiões?

AO DIRETOR DE LOGÍSTICA

Tendo em conta o período do Pós Troika -pré-pandemia - comparativamente com o período pandemia/atualidade...

- Sentiu o impacto das restrições orçamentais no seu hospital no período do ME e no período Covid?
- Considera que houve alterações nos procedimentos de aquisição de materiais?
- Acha que os hospitais públicos têm maior ou menor preocupação com a aquisição de materiais adequados aos seus doentes do que os privados?
- Este hospital referencia doentes cirúrgicos para outro hospital por não ter tecnologia ou recursos humanos adequados ao seu tratamento?
- Que importância atribui à qualidade dos materiais cirúrgicos e ao binómio qualidade/preço?
- Acredita que a inovação tecnológica se relaciona com a melhor/pior qualidade de tratamento dos doentes?
- Costuma acolher a opinião dos profissionais de saúde para as escolhas dos materiais?
- Em termos de critérios, que percentagem costuma atribuir em procedimentos concursais à qualidade e ao preço?

- Considera que os comportamentos éticos dos profissionais de saúde em geral e dos cirurgiões gerais em particular são passíveis de alterar-se em condições de constrição económica no uso de materiais da sua confiança?
- Em termos de manutenção de equipamentos em geral, sentiu-se afetado durante o período 2011-14? E após? E agora?

AO DIRETOR CLÍNICO

Tendo em conta o período do Pós Troika - pré-pandemia - comparativamente com o período pandemia/actualidade...

- Sentiu o impacto das restrições orçamentais nos médicos no período do ME?
- Considera que houve migração dos profissionais de saúde do setor público para o privado? Quais os motivos que encontra para a sua afirmação?
- como vê as implicações das medidas de austeridade nos cirurgiões gerais, em particular (remuneração, *burnout*, etc....)?
- Acredita que os médicos do setor privado e os do setor público tiveram sofreram condições diferentes neste período? E na actualidade?
- Como vê a proximidade dos cirurgiões com os seus doentes diante de contextos restritivos (económicos, motivação, cansaço)?
- Acha que os hospitais públicos têm maior ou menor preocupação com os seus médicos do que os privados?
- De uma forma geral, considera as cirurgias tecnicamente mais exigentes como apanágio do setor público? Explique...
- Este hospital referencia doentes cirúrgicos para outro hospital por não ter tecnologia ou recursos humanos adequados ao seu tratamento?
- Enquanto diretor clínico, que importância atribui à qualidade dos materiais cirúrgicos e ao binómio qualidade/preço?
- Acredita que a inovação tecnológica se relaciona com a melhor/pior qualidade de tratamento dos doentes?
- Costuma acolher a opinião dos profissionais de saúde para as escolhas dos materiais?
- Considera que os comportamentos éticos dos profissionais de saúde em geral e dos cirurgiões gerais em particular são passíveis de alterar-se em condições de constrição económica no uso de materiais da sua confiança?

- Na sua opinião, diria que a Troika e o Covid interferiram negativa ou positivamente na saúde pública e/ou na saúde privada?
- Como acha que o setor público pode resolver o problema das listas de espera do SNS? E o setor privado?

AO DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS

Tendo em conta o período do Pós Troika - pré-pandemia - comparativamente com o período pandemia/atualidade...

- Quais as funções da direção de Recursos Humanos neste hospital?
- em que medida se relacionam com as boas práticas dos cirurgiões gerais?
- Interferem nas suas tomadas de decisão?
- Costumam ser-vos comunicadas denúncias de más práticas? Como tratam as mesmas?
- Qual a ligação do departamento de RH aos cirurgiões gerais? Como elaboram o recrutamento e seleção?
- Como fazem a avaliação de desempenho?
- Como é premiado o desempenho?
- Sentiu o impacto económico das restrições orçamentais no seu hospital no período do ME no processamento de ordenados? E no período Covid?
- Considera que houve migração dos profissionais de saúde do setor público para o privado por motivos económicos?
- Na sua opinião, diria que a Troika interferiu negativa ou positivamente na saúde pública e/ou na saúde privada? E o Covid?
- Os cirurgiões gerais costumam dirigir-se aos RH com queixas de: exaustão, escassez de material, escassez de pessoal, escassez de tempo, denúncias entre colegas, outros...? Como são tratados estes assuntos?
- Como vê o SNS agora, e no futuro?

AO CONSELHO EXECUTIVO

Tendo em conta o período do Pós Troika - pré-pandemia - comparativamente com o período pandemia/atualidade...

- Quais as funções da direção do Comité de ética neste hospital?
- em que medida se relacionam com as boas práticas dos cirurgiões gerais?
- Interferem nas suas tomadas de decisão?
- Costumam ser-vos comunicadas denúncias de más práticas? Como tratam as mesmas?
- qual a ligação do departamento do CE aos cirurgiões gerais?
- Como se processam as anomalias éticas em termos de comportamentos?
- Sentiu o impacto económico das restrições orçamentais no seu hospital no período do ME em termos de comportamentos éticos dos profissionais de saúde?
- Considera que houve migração dos profissionais de saúde do setor público para o privado por motivos económicos? Em caso afirmativo, como avalia eticamente essa migração?
- Na sua opinião, diria que a Troika interferiu negativa ou positivamente na saúde pública e/ou na saúde privada, em termos éticos?
- Como vê o SNS agora, no pós-Troika, e no futuro?

AO ENFERMEIRO CHEFE DO BLOCO OPERATÓRIO

Tendo em conta o período do Pós Troika -pré-pandemia - comparativamente com o período pandemia/atualidade...

- De modo geral, os cirurgiões têm acesso a todos os meios que precisam para operar? Há escassez de material – antes/depois da pandemia?
- E em termos de meios de proteção?
- Como tem sido neste contexto o tratamento dos doentes?
- As condições vividas durante o período crítico afetaram as boas práticas dos cirurgiões gerais?
- E como foi em termos psicológicos?
- entre a Troika e a atualidade, houve algum tipo de impacto que possa ter afetado a atividade cirúrgica e dos cirurgiões?
- alguma situação ocorrida durante uma cirurgia que se recorde que tenha havido falta de material que possa ter condicionado tratamento de um doente?

- Como se comportou o seu hospital durante o período mais crítico do Covid?
- A racionalização de recursos interfere com os comportamentos dos cirurgiões gerais?
- E, enquanto enfermeiro de bloco, como vê a especialidade de cirurgia geral em termos de lidar com a racionalização de recursos?
- Os cirurgiões gerais, na sua prática cirúrgica diária, estão mais preocupados com a racionalização dos recursos ou com o resultado final da cirurgia para o doente?
- Na sua prática, diria que os cirurgiões gerais mantêm uma prática consistente das suas *leges artis*, na sua ética, independentemente dos obstáculos com que se defrontam? Situações externas (Troika, Covid, cortes nas aquisições)
- É bom trabalhar com cirurgiões gerais?
- Acha que os enfermeiros têm sido mais castigados do que os médicos sem termos de racionalização de recursos?
- Como se articula a equipa de enfermagem do seu bloco com os cirurgiões gerais?
- Como é que um enfermeiro instrumentista lida com o que lhe possa parecer uma má decisão ética de um cirurgião?
- Enquanto chefe do bloco, que importância atribui à qualidade dos materiais cirúrgicos e ao binómio qualidade/preço?
- Acredita que a inovação tecnológica se relaciona com a melhor/pior qualidade de tratamento dos doentes?
- Como vê o SNS agora, no período Covid e no futuro?

Anexo VII

RESPOSTAS DOS CIRURGIÕES GERAIS À QUESTÃO 34

Descreva num parágrafo como se sente enquanto cirurgião no que respeita aos constrangimentos económicos que encontra ora no setor público, ora no setor privado. Responda a ambos, se for o caso.

· No meu hospital, chegamos a não ter fios de sutura apropriados, não temos máquinas para realizar procedimentos básicos laparoscópicos, não temos marquesas adequadas e improvisamos. Não temos porta-agulhas laparoscópicos. Tivemos de converter muitos procedimentos, porque o material é mau e não ficamos tranquilos com a cirurgia! (Hospital Público)

· Público – uma palavra resume tudo: *burnout*. (Hospital Público)

· Desgastado, (Hospital Público)

· Embora sem imposições declaradas, a abertura de concursos com preço máximo estipulado limita a entrada em concurso de determinados produtos, pelo que, na realidade, eles nunca podem ser escolhidos. (Hospital Público)

· Limitado nas novas tecnologias. (Hospital Público)

· O constrangimento resulta apenas da inexistência de material. (PPP)

· Além dos constrangimentos económicos, o pior é a incapacidade de gestão e a falta de verdadeiros projetos nos hospitais do SNS, dirão eles por falta de dinheiro, eu digo por manifesta falta de capacidade e compadrio da política e dos seus interesses. (Hospital Público)

· Acho triste que os constrangimentos que se sentem no setor público acabem por só beneficiar o setor privado. E, por vezes, até parece conluio, pois se o setor público não funcionar bem, só realça o setor privado e só traz benefícios para este, e sem pensar no benefício para os doentes. (Hospital Público)

· Desânimo e descrédito completo do setor público. Agravamento com o aparecimento da pandemia COVID19. (Hospital Público)

· Ó tempo, volta para trás. (Hospital Público)

· O meu hospital EPE apresenta sérios problemas de subdimensionamento das infraestruturas base. Serve população muito superior à da sua capacidade: edifício e camas insuficientes; degradação das mesmas, em particular no SUG [serviço de urgência geral]! Para mim, esse é o problema primário, só depois faz sentido abordar os outros níveis de restrições. (Hospital Público)

· De uma forma sucinta, no setor público (onde trabalho exclusivamente), o interesse pela gestão económica do hospital tem-se sobrevalorizado, gradualmente, ao longo dos últimos anos, sobre o melhor interesse do doente, da qualidade da prestação dos serviços, bem como o respeito e opinião de quem presta os serviços. A cirurgia geral

Descreva num parágrafo como se sente enquanto cirurgião no que respeita aos constrangimentos económicos que encontra ora no setor público, ora no setor privado. Responda a ambos, se for o caso.

tem sido posta de lado em detrimento de outros “interesses”. Desejo-lhe bom trabalho e que sirva para todos refletirmos posteriormente e melhorar aquilo que estiver ao nosso alcance. (Hospital Público)

· No setor privado, não sinto qualquer restrição do foro económico na prestação de cuidados cirúrgicos aos doentes. (Hospital Privado)

· O problema é a gestão. Não se conseguem pôr os trabalhadores do setor público a trabalhar. Ninguém é despedido, ninguém é premiado por trabalhar melhor. O problema não é o dinheiro ou a ética. É a ausência de gestão. (Hospital Público)

· No SNS, tenho conseguido negociar com o CA do meu hospital todas as evoluções técnicas que são justificáveis pela sua importância no tratamento dos doentes cirúrgicos! (Hospital Público)

· Enquanto responsável de equipa de cirurgia, o maior impacto no trabalho médico-cirúrgico resulta da desmotivação dos profissionais pela falta de reconhecimento pelo empenho e especificidade do trabalho. Sentem que não têm qualquer vantagem em aprender, em melhorar o desempenho, em ser eficientes. Os únicos profissionais preocupados são os responsáveis pelo doente: o cirurgião. A desmotivação, o desrespeito e a ignorância alastram impiedosamente, os conflitos entre profissionais agravam-se com o excesso de trabalho. A aposta na motivação e qualidade da assistência é economicamente mais eficaz na saúde. Lamentável é a qualidade dos gestores e administradores dos dinheiros públicos. (Hospital Público)

· Adapto-me às circunstâncias. Há sempre soluções alternativas para ultrapassar as restrições, fruto da experiência (Hospital Privado)

· Fazer sempre a melhor escolha possível. (Hospital Público)

· No setor privado, e no grupo onde exerço a minha atividade como cirurgião, embora por vezes não exista escolha e opção individual, o material apresentado é, na maioria dos casos, de boa qualidade. (Hospital Privado)

· Indignação. (Hospital Público)

· Desvalorizado, desmotivado, incapacitado para dar o melhor ao doente (Hospital Público)

· A restrição nos materiais utilizados no dia-a-dia tem mais a ver com imposições da DGS do que do próprio hospital. O hospital é mais restritivo para a aquisição de equipamento. (Hospital Público)

Descreva num parágrafo como se sente enquanto cirurgião no que respeita aos constrangimentos económicos que encontra ora no setor público, ora no setor privado. Responda a ambos, se for o caso.

· Limitam as opções disponíveis para tratamento, nomeadamente nas terapêuticas dependentes de aquisição de material com investimento inicial mais elevado, mas que a longo prazo se tornam mais rentáveis. Não há visão por parte das administrações nos ganhos a longo prazo, tudo é medido pelos custos no imediato. (Hospital Público)

· A restrição económica condiciona mais a qualidade do material adquirido do que a sua aquisição. Adquirimos, mas, por vezes, mais fraco. (Hospital Público)

· Apesar das contenções, quando peço algo, ele aparece. (Hospital Público)

· No privado não é significativo, no público retirou-me a alegria em operar! (Hospital Público)

· No meu hospital, felizmente, não existe restrição notória nos materiais e tratamentos oferecidos ao doente. (Hospital Público)

· Trabalhando numa PPP, mas realizando estágio no público, apercebo-me que os cuidados oferecidos no hospital público têm piorado e que não há consistência do material utilizado (marca e modelo), dificultando o hábito ao material e a boa prática por conhecimento do produto em uso. (PPP)

· Desmotivação e desrespeito pela lista de espera, ser feita cirurgia adicional, que dá mais dinheiro, não tendo em conta a antiguidade. (Hospital Público)

· Levar a vida como é possível. (Hospital Público)

· Não me afeta nada. O que afeta a qualidade dos cuidados não é a restrição orçamental, é sim: 1) promiscuidade entre o público e o privado; 2) o "parasitismo" no setor público (funcionários não produtivos). (Hospital Público)

· Desmotivada e cansada de ultrapassar o desrespeito pela nossa diferenciação e pela responsabilidade que assumimos pelo tratamento dos doentes. (Hospital Público)

· Atuo o melhor possível para salvaguardar a saúde do doente e tentar diminuir as complicações pós-operatórias e os resultados à distância, com as seguintes consequências: 1) aumento do tempo operatório, o que aumenta a lista de espera; 2) aumento acentuado do tempo de consulta, o qual adequo a cada doente (e não ao que é imposto pela instituição, pelo Ministério de Saúde e, até, pela Ordem dos Médicos), o que leva a que trabalhe muito para além do meu horário. (Hospital Público)

· Sinto que a decisão sobre a qualidade e a diversidade dos materiais disponíveis para o tratamento dos doentes não é feita pelos médicos. (Hospital Privado)

Descreva num parágrafo como se sente enquanto cirurgião no que respeita aos constrangimentos económicos que encontra ora no setor público, ora no setor privado. Responda a ambos, se for o caso.

· Limitam inovação e diferenciação, bem como a interação com outros profissionais/de outras instituições, dificultando a aquisição de capacidades adicionais. (Hospital Público)

· É frustrante não poder oferecer o melhor para os nossos doentes, há mais gasto de material que se estraga rapidamente (compras feitas pelo preço mínimo e qualidade mínima...), mais desgaste físico e psicológico do cirurgião. O cirurgião deve sentir-se confortável com o material que usa e não resolver problemas causados por material inadequado ou improvisado! (Hospital Público)

· O constrangimento económico impede abertura de mais salas operatórias por falta de enfermeiros e assistentes operacionais, pelo que os doentes são encaminhados para outros hospitais. É uma situação que não agrada a nenhum cirurgião! (Hospital Público)

· Má qualidade dos materiais. Material em quantidade insuficiente constantemente em rutura e mudança. (Hospital Público)

· O setor público nunca teve capacidade para tratar todos os cidadãos e a capacidade económica de cada um é baixa para recorrer ao privado/seguros de saúde. (Hospital Público)

· Os constrangimentos económicos levaram a que, por um lado, não tivéssemos corpo de anestesistas e enfermeiros suficientes para podermos ter tempos operatórios para dar resposta à lista de espera; por outro, o não reinvestir em materiais cirúrgicos, nomeadamente em laparoscopia, leva as cirurgias mais demoradas, logo, impossibilidade de rentabilizar salas de bloco. (Hospital Público)

· Defendo o equilíbrio sensato, mantendo a prioridade do bom e efetivo tratamento do doente. (Hospital Privado)

Anexo VIII

INQUÉRITO *ONLINE* AOS CIRURGIÕES GERAIS

INQUÉRITO AOS CIRURGIÕES GERAIS			
Dimensão	Indicadores	Escala	Obsevações/Procedimentos
Impacto das restrições económicas nas práticas dos cirurgiões gerais	1. Sente o impacto das restrições orçamentais no hospital em que trabalha?	numa escala de 0-10, em que 0 significa " não sinto em absoluto" e 10 significa " sinto profundamente" .	
	2. Sente-se fustigado por um desgaste físico e emocional (burnout) no hospital onde trabalha?	numa escala de 0-10, em que 0 significa " não sinto em absoluto" e 10 significa " sinto profundamente" .	
	3.Sente-se negativamente afetado nas suas condições de trabalho pela redução do horário de trabalho dos restantes profissionais de saúde para 35 horas?	escala de 0-10, em que 0 significa "não me sinto nada afetado" e 10 significa "sinto-me profundamente afetado" .	
	4.Na sua opinião, de que modo o acesso à inovação tecnológica e qualidade do material cirúrgico influenciam as suas boas práticas?	escala de 0-10, em que 0 significa "não influenciam em absoluto" e 10 significa influenciam totalmente .	
	5.Caso o acesso à inovação tecnológica e qualidade do material cirúrgico influenciem as suas boas práticas, a influência é positiva ou negativa?	escala de 0-10, em que 0 significa influenciam muito negativamente e 10 significa "influenciam muito positivamente" .	
	6.A sua opinião sobre a escolha de materiais adequados ao tratamento individual	escala de 0-10, em que 0 significa "nunca é levada em conta" e 10 significa "é sempre levada	

INQUÉRITO AOS CIRURGIÕES GERAIS			
Dimensão	Indicadores	Escala	Obsevações/Procedimentos
	de cada paciente é levada em conta pela sua administração? Responda numa escala de 0-10, em que 0 significa "nunca é levada em conta" e 10 significa "é sempre levada em conta"	em conta" .	
As implicações éticas em casos de exceção e se os cirurgiões optam por exercer o seu direito de objeção de consciência)	7. Em alguma circunstância, motivada por uma imposição de contenção de custos para o tratamento de um doente que conflituasse com a sua consciência, exerceu o seu direito de objetor de consciência?		
	8. Em caso de ter respondido SIM à pergunta anterior: Teve alguma repercussão pessoal ou profissional por ter exercido o seu direito?		
	9. Já comunicou à Ordem dos Médicos alguma improbidade, incompetência ou infração de regras deontológicas por parte de algum colega?		
	10. Em caso de ter respondido NÃO à pergunta anterior, assinale o(s) motivo(s) pelos quais não comunicou.		
	11. Já realizou alguma cirurgia que não fosse o melhor tratamento dada a especificidade de um doente, por ausência de recursos materiais?		

INQUÉRITO AOS CIRURGIÕES GERAIS			
Dimensão	Indicadores	Escala	Obsevações/Procedimentos
	12. Na sua opinião, as restrições económicas conflituam com o princípio de isenção e liberdade profissional na sua atividade?	escala de 0-10, em que 0 significa "não conflituam nada" e 10 significa "conflituam totalmente" .	
	13. Considera que os condicionalismos económicos lhe cerceiam a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com as leis artis? Responda numa	escala de 0-10, em que 0 significa não cerceiam nada e 10 significa "cerceiam totalmente" .	
Impacto das restrições económicas na escolha dos materiais adequados ao melhor tratamento	14. De que modo as atuais restrições orçamentais se fazem sentir na manutenção das estruturas (obras, construção de novas unidades, manutenção de ar condicionado/ de outros equipamentos, outros...)?	numa escala de 0-10, em que 0 significa "não me sinto nada afetado" e 10 significa "sinto-me profundamente afetado" .	
	15. De que modo se alterou o seu acesso a equipamentos ou dispositivos médicos de inovação tecnológica nos últimos 5 anos?	escala de 0-10, em que 0 significa "não influenciam em absoluto" e 10 significa influenciam totalmente .	
	16. Que grau de dificuldade tem atualmente no acesso a materiais cirúrgicos de inovação tecnológica?	escala de 0-10, em que 0 significa "influenciam muito negativamente" e 10 significa influenciam muito positivamente .	
		escala de 0-10, em que 0 significa "não	

INQUÉRITO AOS CIRURGIÕES GERAIS			
Dimensão	Indicadores	Escala	Obsevações/Procedimentos
	17. Preocupa-se com a gestão do orçamento dos atos cirúrgicos, tendo em conta o financiamento do seu hospital (i.e. despesas inerentes ao tratamento dos seus doentes, como a escolha de materiais cirúrgicos de maior qualidade)?	me preocupo em absoluto" e 10 significa " preocupo-me bastante"	
	18. De que modo a eficácia e/ou a eficiência da sua atividade podem depender da qualidade dos materiais que utiliza nas suas cirurgias?	numa escala de 0-10, em que 0 significa Não depende em absoluto e 10 significa depende bastante .	
	19. Considera que, atualmente, as regras de contenção económica nos consumos de material são iguais nos hospitais públicos, nas PPP e nos privados?	Sim Não Não sei	
	20. Na sua opinião, como evoluiu a qualidade do tratamento dos pacientes que passaram pela cirurgia geral nos últimos 5 anos?	escala de 0-10, em que 0 significa "piorou significativamente" e 10 significa "melhorou bastante" .	
	21. Na sua opinião, como evoluiu a lista de espera dos pacientes que passaram pela cirurgia geral nos hospitais do SNS nos últimos 5 anos?	escala de 0-10, em que 0 significa "piorou significativamente" e 10 significa "melhorou bastante" .	
		escala de 0-10, em que 0 significa "diminuiu	

INQUÉRITO AOS CIRURGIÕES GERAIS			
Dimensão	Indicadores	Escala	Obsevações/Procedimentos
Impacto das restrições económicas na qualidade do tratamento dos doentes Considere o período 2015-2020	22. Na sua opinião, como evoluiu o número de camas, em geral, dos hospitais nos últimos 5 anos?	significativamente" e 10 significa "aumentou bastante" .	
	23. De que modo a sua prestação aos doentes em termos de tempo de dedicação em consulta e tempo de resposta cirúrgica se alterou pela economia do seu hospital nos últimos 5 anos?	escala de 0-10, em que 0 significa "piorou significativamente" e 10 significa "melhorou bastante" .	
	24. Na sua opinião, a diminuição do horário de trabalho para 35 horas dos restantes profissionais de saúde dos hospitais públicos contribuiu para o aumento das listas de espera?	escala de 0-10, em que 0 significa "não contribuiu nada" e 10 significa "contribuiu bastante" .	
	25. De que modo o aumento das listas de espera de cirurgia afeta a saúde dos pacientes?	escala de 0-10, em que 0 significa "afeta muito negativamente" e 10 significa "afeta muito positivamente" .	
	26. Na sua opinião, o acesso à inovação tecnológica influencia positiva ou negativamente o tratamento do seus pacientes?	escala de 0-10, em que 0 significa "influencia muito negativamente" e 10 significa influencia muito positivamente.	
	27. A instituição em que trabalha impõe-lhe o uso de materiais cirúrgicos que não representam a melhor opção de qualidade para o tratamento dos seus pacientes?	escala de 0-10, em que 0 significa "não impõe nada" e 10 significa "impõe totalmente" .	

INQUÉRITO AOS CIRURGIÕES GERAIS			
Dimensão	Indicadores	Escala	Obsevações/Procedimentos
	28. De que modo a diminuição do horário de trabalho para 35 horas no setor público contribuiu para o aumento do número de cirurgias no setor privado?	escala de 0-10, em que 0 significa "não contribuiu nada" e 10 significa "contribuiu bastante" .	
	29. Já sentiu necessidade de referenciar algum doente porque o seu hospital não lhe garantia o melhor tratamento em virtude de contenção económica (exclua a referência para centros de 1ª linha)?	publico privado	
Influência de terceiros nas práticas dos cirurgiões	30. O Comité de Ética tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas e opções de tratamento dos doentes?	publico privado	
	31. O Departamento de Logística/Compras tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas opções de tratamento no que respeita à escolha dos materiais mais adequados ao tratamento dos seus pacientes?	publico privado	
	32. A sua administração tem influência nas suas tomadas de decisão relativamente às suas escolhas de materiais mais adequados e opções de tratamento dos doentes?	publico privado	

INQUÉRITO AOS CIRURGIÕES GERAIS			
Dimensão	Indicadores	Escala	Obsevações/Procedimentos
	33. O seu superior hierárquico tem influência nas suas escolhas em relação aos materiais adequados a utilizar nas suas cirurgias?	publico privado	

Anexo IX

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DURANTE A
PANDEMIA

OBJETIVOS	QUESTÕES
<p>1 - Definir o tipo de escassez de recursos, e a sua afetação nas condições de trabalho, no cirurgião e nas boas práticas.</p>	<p>1 - Neste contexto de pandemia e no atual estado de emergência, sente que tem à sua disposição todos os meios de atuação de que necessita para exercer as suas funções profissionais?</p>
	<p>2 - Está a sentir, de alguma forma, um impacto económico na falta de meios no seu hospital? Em que situações verifica esse impacto?</p>
	<p>3 - Está atualmente a trabalhar em que condições em termos de proteção e horários para exercer a sua atividade?</p>
	<p>4 - Acha que as atuais condições podem afetar as boas práticas dos cirurgiões-gerais? De que modo o afetam?</p>
	<p>5 - O seu hospital está preparado em termos materiais e humanos para o pico da pandemia?</p>
	<p>6 - O que mudou desde a 1.^a semana até hoje no seu hospital?</p>
<p>2 - Avaliar a ética individual à luz do Código Deontológico.</p>	<p>7 - Diria que a situação atual interfere no bom tratamento dos seus doentes?... Tem algum exemplo recente?</p>
	<p>8 - Considera que este panorama lhe cerceia a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de atuar em conformidade com as <i>leges artis</i>?</p>
	<p>9 - Quando chegar o momento de se encontrar num dilema ético (ex.: um ventilador para 2 doentes), como acha que vai reagir?</p>
	<p>10 - Tem alguma situação recente que queira relatar relativa a alguma decisão difícil que tenha tido de tomar e que tenha tido bons ou maus resultados?</p>

OBJETIVOS	QUESTÕES
<p>3 - Avaliar a possibilidade de intervenção para o bem comum.</p>	<p>11 - Considera que as atuais condições lhe permitem tratar da melhor forma a maior parte dos seus pacientes?</p>
	<p>12 - Tem como ultrapassar, neste momento, essa dificuldade?</p>
<p>4 - Entender os contextos público e privado, a realidade externa apreendida e a atuação do cirurgião em cada contexto.</p>	<p>13 - Acredita que as condições atuais para lidar com esta epidemia são idênticas nos hospitais públicos e nos privados? Como vê essa igualdade ou diferença?</p>
	<p>14 - Acredita que a realidade que vive atualmente no seu hospital é a mesma que os seus colegas vivem no resto do país?</p>
<p>5 - Avaliar os impactos da desproteção e do medo na atuação do cirurgião.</p>	<p>15 - Já se encontrou com doentes contaminados? Sentiu-se protegido – com os meios de proteção adequados?</p>
	<p>16 - Como estão a ser distribuídos os testes para os profissionais de saúde?</p>
	<p>17 - Sente-se protegido pela sua entidade empregadora?</p>
<p>6 - Avaliar o impacto da orientação ética dos stakeholders Comissão de Ética e Colégio da Especialidade.</p>	<p>18 - O comité de ética do seu hospital tem tido algum papel neste evento?</p>
	<p>19 - O Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral lançou diretrizes para os cirurgiões seguirem durante este momento? Como as encara?</p>
<p>7 - Avaliar a articulação Trabalho/Família e a sua afetação nas tarefas diárias.</p>	<p>20 - Como está a viver esta pandemia em termos de organização da sua vida familiar?</p>

OBJETIVOS	QUESTÕES
<i>8 - Identificar as consequências da incerteza no futuro mais próximo.</i>	21 - Como se vê em termos profissionais nos próximos 3, 6, 12 meses?
	22 - Como estarão os cirurgiões-gerais no final deste cenário?

Anexo X

OBJETIVOS E CATEGORIAS DAS ENTREVISTAS

SARS-Cov-2 - Implicações nos Cirurgiões-Gerais

CATEGORIAS	Subcategoria 1	Subcategoria 2	OBJETIVO
Recursos Materiais	Escassez	EPIs, materiais de uso corrente Ausência de escassez Desaparecimento/roubo de material Escassez por condições de mercado Desorganização/Deseconomia hospitalar Desorganização da tutela vs. desenrasque Desigualdade na distribuição de recursos	Entender que tipo de escassez de material foi produzida e o seu impacto na atividade médica
	Ausência de Proteção	Racionamento Individual e a doentes	
	Dificuldade no exercício por falta de recursos	Aquisição própria de proteção Reivindicações dos médicos	
	Ressurgimento do material	Qualidade baixa Aparecimento tardio	

SARS-Cov-2 - Implicações nos Cirurgiões-Gerais

CATEGORIAS	Subcategoria 1	Subcategoria 2	OBJETIVO
Recursos Humanos	Organização dos profissionais para dar resposta à calamidade	Organização rápida Limitação de anestesistas	Compreender a reorganização dos RH, da nova divisão de trabalho, as limitações estruturais inerentes à doença, a afetação da nova realidade nas pessoas
	Limitação para prática cirúrgica	Limitação de consultas, blocos, camas Limitação de pessoas por covid-19	
	Reorganização da atividade cirúrgica	Reorganização dos tempos operatórios Reorganização do pessoal	
	(Des)preocupação superior c/ profissionais e doentes	Fragilidade na atenção e cuidados Ausência de mecanismos de segurança Fatores emocionais	

SARS-Cov-2 - Implicações nos Cirurgiões-Gerais

CATEGORIAS	Subcategoria 1	Subcategoria 2	OBJETIVO
Afetação das Condições nas Boas Práticas	Motivos da afetação nas boas práticas	Como agir perante a necessidade de eleger entre 2 doentes	Delinear o impacto que a reorganização do trabalho, as adversidades e limitações exerce nas boas práticas.
	Adaptação das práticas ao contexto ética médica e <i>leges artis</i>		Reconhecer a existência de dilemas éticos e a forma de o cirurgião lidar com estes no âmbito da deontologia
Afetação das Condições no Cirurgião	Dilemas éticos	Interpretar a afetação da pandemia nos parâmetros éticos e deontológicos do cirurgião-geral	Perceber a resposta individual à situação dramática/como o indivíduo interpreta a nova realidade
		Físicas	
Afetação das Condições no Cirurgião	Psicológicas	Afetação psicológica	Aferir como cada indivíduo lida com as limitações próprias da circunstância
		Receios e medo	Identificar as causas do medo e o seu impacto na atividade diária
		Ansiedade quanto ao futuro	Analisar como a escassez de testes e de EPIs implica na atividade e ânimo do cirurgião

SARS-Cov-2 - Implicações nos Cirurgiões-Gerais

CATEGORIAS	Subcategoria 1	Subcategoria 2	OBJETIVO
		(Des)proteção pela entidade empregadora	Averiguar a relação trabalho/família
		Impacto na vida familiar	Identificar a visão do futuro mais próximo e o abalo que a incerteza produz no indivíduo e na sua atividade
Afetação das Condições no Bom Tratamento dos Doentes	Impacto na saúde dos doentes Aumento dos tempos e listas de espera Novas formas de tratamento dos doentes Escassez de camas Contágio por COVID durante internamento Assistência a doentes na urgência Ausência de reparação minimamente invasiva (laparoscopia) Tratar da melhor forma a maior parte dos doentes	Doentes críticos Interrupção de cirurgias, exames e consultas Tratamento possível	Afetação do corte da cirurgia programada nos doentes Compreender a viabilidade (ou ausência dela) de o cirurgião tratar da melhor forma os doentes

SARS-Cov-2 - Implicações nos Cirurgiões-Gerais

CATEGORIAS	Subcategoria 1	Subcategoria 2	OBJETIVO
	Como ultrapassar as dificuldades para tratar os doentes	Impossibilidade de tratamento cirúrgico Ausência de tratamento por medo dos doentes	
Diferenças entre Setores Público e Privado	Sobrecarga dos hospitais públicos Capacidade resposta dos hospitais públicos vs. privados Impactos no setor privado Equipamentos públicos vs. privados Preparação dos hospitais para picos pandémicos Mudanças estratégicas nos hospitais		Entender o contexto em cada um dos setores e como os cirurgiões identificam e reagem às diferenças
Diferenças entre Hospitais Públicos	Hospitais com menor atividade inicial de COVID-19 Hospitais da "linha da frente" (Grupo III)		Perceber se o cirurgião percebe uma ou várias realidades de acordo com outros hospitais congéneres ou de diferentes grupos

SARS-Cov-2 - Implicações nos Cirurgiões-Gerais

CATEGORIAS	Subcategoria 1	Subcategoria 2	OBJETIVO
Envolvimento dos <i>Stakeholders</i> de Referência	Comissão de Ética Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral		Compreender a eventual interferência de <i>stakeholders</i> na sua atividade