



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO FILIPE PINTO CAMELO LOBO PEREIRA

***ÉTICA E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões

Professora Doutora Sónia Margarida dos Santos Coelho

ABRIL/2023

***“Everything on earth is beautiful, everything - except what we ourselves think and do when we forget the higher purposes of life and our own human dignity.”***  
Anton Tchekhov

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## **Ética e Cuidados de Saúde Primários em Portugal**

JOÃO FILIPE PINTO CAMELO LOBO PEREIRA<sup>1</sup>

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES<sup>2</sup>

PROFESSORA DOUTORA SÓNIA MARGARIDA DOS SANTOS COELHO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

### **Morada Institucional:**

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Polo III

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-548, Coimbra

Contactos email:

[jf.lobocamel@gmail.com](mailto:jf.lobocamel@gmail.com)

[jars58@gmail.com](mailto:jars58@gmail.com)

[smargaridacoelho@gmail.com](mailto:smargaridacoelho@gmail.com)

Abril, março 2023

## Índice

<b>Abreviaturas</b> .....	<b>5</b>
<b>Resumo/Abstract</b> .....	<b>6</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>8</b>
<b>Materiais e métodos</b> .....	<b>10</b>
Desenho do estudo e participantes.....	10
Área do estudo.....	10
Recolha de dados.....	10
Análise dos dados.....	11
<b>Resultados</b> .....	<b>12</b>
Momento 1.....	12
Momento 2.....	14
<b>Discussão</b> .....	<b>16</b>
Momento 1.....	16
Problemas éticos nas relações com utentes e famílias.....	17
Relação propriamente dita.....	17
Aspetos relativos ao projeto terapêutico.....	18
Aspetos relativos à informação.....	18
Privacidade e confidencialidade.....	19
Problemas éticos na relação com a equipa.....	19
Problemas éticos nas relações com a organização e sistema de saúde.....	20
Problemas relativos à UF.....	20
Problemas relativos à rede de serviços de saúde.....	21
Momento 2.....	23
Caso 1 “Desafio do Utente Frequente”.....	23
Caso 2 “Dependência e Conflito na Equipa”.....	25
Caso 3 “Crise no Acesso à Saúde”.....	27
Pontos Fortes e limitações.....	29
<b>Conclusão</b> .....	<b>30</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>31</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>32</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>35</b>
Anexo I.....	35
Anexo II.....	36
Anexo III.....	37
Anexo IV.....	41
Anexo V.....	42

## **Abreviaturas**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CE – Comissão de Ética

CI – Consentimento Informado

CSP- Cuidados de Saúde Primários

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UF – Unidade Funcional

## Resumo

**Enquadramento:** Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) comprometem-se a responder às necessidades da saúde do utente, família e comunidade, numa relação vitalícia que propicia uma ampla variedade de problemas éticos desafiantes para os profissionais de saúde. A escassa investigação nesta área em Portugal e as crescentes mudanças de ordem sociodemográfica, tecnológicas e epidemiológicas, justificam a realização do estudo, para que se possa adequar a prática clínica a um conjunto de princípios e valores morais que capacitem os profissionais de saúde a prestar cuidados de excelência.

**Objetivos:** Identificar os problemas éticos vivenciados por médicos e enfermeiros no contexto dos CSP; identificar os princípios éticos que conduzem a prática individual para a resolução dos conflitos.

**Métodos:** A investigação realizada constou de um estudo empírico e qualitativo no qual, após o parecer positivo da Comissão de Ética (CE) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, foram entrevistados médicos e enfermeiros, integrantes de Unidades Funcionais (UF) de CSP do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego e analisadas as entrevistas de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin.

**Resultados:** Um total de 19 profissionais de saúde foram entrevistados, sendo 16 do sexo feminino (84,2%) e 3 do sexo masculino (15,8%), dos quais 11 eram médicos (57,9%) e 8 enfermeiros (42,1%). Verificou-se a existência de três grandes dimensões de problemáticas e sobreposição das mesmas entre médicos e enfermeiros: 50% na categoria “Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias”, 60,0% na categoria “Problemas éticos nas relações da equipa” e 78,6% na categoria “Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde”. Na resolução dos problemas, médicos e enfermeiros equacionaram o Princípio e o Cuidado, seguidos da Ética Profissional. A Casuística e a Virtude foram inferidas em menor grau.

**Discussão:** A elevada concordância entre os problemas éticos vivenciados por médicos e enfermeiros corrobora a existência de uma relação vinculativa, que respeita os mesmos princípios fundamentais e se preocupa em prevenir o dano, resgatar do perigo e garantir um cuidado de excelência aos utentes. As mudanças sociodemográficas e tecnológicas proporcionam problemáticas que colocam em risco a privacidade do utente, a autonomia de decisão, a equidade perante outros utilizadores e o acesso aos cuidados adequados. O equacionamento ético utilizado perante os problemas descritos contraria as expectativas e demonstra a importância da educação ética no processo de formação e prática profissional.

**Conclusão:** Este estudo contribui para o conhecimento da realidade ética nos CSP em Portugal, esperando-se que possa potencializar a resolução dos problemas diariamente ocorrentes neste nível de prestação de cuidados. Justificam-se mais investigações que possibilitem aprofundar este conhecimento, de forma a capacitar médicos e enfermeiros a enfrentar os existentes desafios éticos próprios dos CSP.

**Palavras-chave:** Ética, Cuidados de Saúde Primários, Médicos, Enfermeiros

## Abstract

**Background:** Primary Healthcare (PHC) is committed to responding to the health needs of patients, families, and communities, in a lifelong relationship that provides a wide variety of challenging ethical problems for healthcare professionals. The lack of research in this area in Portugal and the increasing sociodemographic, technological, and epidemiological changes justify the study, in order to adapt clinical practice to a set of moral principles and values that enable healthcare professionals to provide excellent care.

**Objectives:** To identify the ethical problems experienced by doctors and nurses in the context of Primary Health Care and to identify the ethical principles that guide individual practice to resolve conflicts.

**Methods:** The research consisted of an empirical and qualitative study in which, after receiving a positive opinion from the Ethics Committee (EC) of the Regional Health Administration (RHA) of the Center, doctors and nurses who were members of Functional Units (FU) of PHC in the Baixo Mondego Health Centers Group (HCG) were interviewed and their interviews were analyzed according to Bardin's Content Analysis.

**Results:** A total of 19 healthcare professionals were interviewed, 16 of whom were female (84.2%) and 3 were male (15.8%), of whom 11 were doctors (57.9%) and 8 were nurses (42.1%). Three major dimensions of problems were identified, and they overlapped between doctors and nurses: 50% in the category "Ethical problems in relations with patients and families," 60.0% in the category "Ethical problems in team relations," and 78.6% in the category "Ethical problems in relations with the organization and the healthcare system." In solving these problems, doctors and nurses considered Principlism and Care, followed by Professional Ethics. Casuistry and Virtue were inferred to a lesser extent.

**Discussion:** The high agreement between the ethical problems experienced by doctors and nurses confirms the existence of a binding relationship that respects the same fundamental principles and seeks to prevent harm, rescue from danger, and ensure excellent care for patients. Sociodemographic and technological changes provide problems that put patient privacy, decision autonomy, equity with other users, and access to adequate care at risk. The ethical consideration used in the face of the described problems contradicts expectations and demonstrates the importance of ethical education in the professional training and practice process.

**Conclusion:** This study contributes to the knowledge of the ethical reality in PHC in Portugal, and it is expected to enhance the resolution of daily occurring problems at this level of care. Further research is justified to deepen this knowledge, in order to empower doctors and nurses to face the existing ethical challenges of PHC.

**Keywords:** Ethics, Primary Health Care, Doctors, Nurses

## Introdução

Os CSP dedicam-se à prevenção da doença e promoção da saúde, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, assumindo um compromisso vitalício com o doente, família e comunidade. No cumprimento deste vínculo, a maioria das necessidades de saúde da pessoa são cobertas, através de cuidados que a promovem, curam e reabilitam, abordando de forma sistemática as inúmeras condicionantes da saúde (1,2). Desde a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1979, a história dos CSP tem sido pautada por sucessivas reformas que têm identificado e colmatado falhas, contribuindo assim para um crescente aperfeiçoamento do desempenho do sistema nas suas múltiplas vertentes, requeridas pela natureza fluída das necessidades de saúde de uma população em constante transformação (1,3) No entanto, apesar destas sucessivas reformas, têm sido negligenciados os determinantes do comportamento ético dos médicos e enfermeiros integrantes deste nível da saúde, assim como os problemas que surgem da relação entre ambos os grupos profissionais e utentes, entre as equipas e no seio do próprio sistema de saúde, para os quais o mero cumprimento da deontologia frequentemente não consegue dar resposta (4). A existência de problemas éticos, muito comum no contexto dos CSP (2,5) constitui um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, que se deparam diariamente com conflitos entre valores e deveres (6), os quais possibilitam vários cursos de ação para a sua solução (7). A reflexão crítica sobre este tipo de problemas e a adequação da prática clínica a um conjunto de princípios e valores morais, exigem responsabilidade, credibilidade e conhecimentos que possam capacitar o profissional a prestar um verdadeiro cuidado de excelência (2).

Em Portugal, a primeira abordagem ao tema nos CSP constatou que os profissionais de saúde fundamentam as suas decisões e comportamentos nos princípios da ética principialista e ética profissional, não se tendo constatado influência de fatores como género, idade e número de anos de profissão nas atitudes éticas dos mesmos (5). Reconhece-se, porém, que apesar deste primeiro grande passo, os dados recolhidos por Simões datam há mais de uma década, não refletindo necessariamente o panorama atual. De facto, desde o último estudo realizado em Portugal com foco em médicos e enfermeiros, temos vindo a assistir a mudanças sociodemográficas numa população cada vez mais heterogénea, envelhecida e com maior esperança média de vida; para além disso, a preocupação crescente com o empoderamento e literacia do utente têm-no capacitado para uma maior intervenção na gestão da sua saúde e nas decisões da doença, responsabilizando também o profissional de saúde na gestão deste processo (8).

O aumento exponencial do conhecimento médico, assim como a crescente complexidade dos avanços científicos e tecnológicos, promovem também uma constante renovação da problemática ética, que no contexto dos CSP, tem vindo a ser largamente ignorada. Neste dia-a-dia rico em obstáculos, renovados continuamente por uma multiplicidade de fatores, os integrantes deste sistema lidam com factos e valores de grande amplitude e complexidade, distintos daqueles decorrentes em meio hospitalar, tipicamente de maior urgência, que resultam em desafios éticos historicamente mais bem caracterizados e estudados (2,5,9,10).

Apesar da existência de poucos estudos acerca dos determinantes do comportamento ético de médicos



e enfermeiros nos CSP em Portugal, a literatura produzida noutros países tem demonstrado a existência diária de problemas e conflitos éticos nos CSP (6,7,9,10), para os quais existe dificuldade de resolução, por serem amplos, diversificados e influenciados pelo contexto social e subjetivo presentes mais intensamente nos cuidados primários (2).

Na consideração destes princípios e conflitos, os quatro pilares fundamentais do Princípioalismo têm sido classicamente abordados (2,6,11). No entanto, considera-se que não existe uma teoria que possa enquadrar e explicar todos os dilemas éticos e morais (4,11,12), pelo que urge questionar acerca de outras perspetivas de reflexão que estarão a balizar o comportamento ético dos profissionais de saúde em Portugal, de forma a garantir o respeito por uma visão biopsicossocial e holística do utente.

Os objetivos deste estudo são, por um lado, proceder a uma nova e extensa análise das problemáticas éticas existentes no dia a dia dos CSP em Portugal, incluindo-se aqui as decorrentes não só das relações com os utentes e seus familiares, mas também das que surgem na relação entre as equipas de profissionais de saúde e ainda as potenciadas pela própria organização do sistema de saúde. Por outro lado espera-se poder contribuir para um conhecimento adequado dos determinantes que balizam o comportamento ético dos médicos e enfermeiros integrantes dos CSP, procurando potencializar a resolução dos problemas éticos que dinamizam este sistema, privilegiando-se assim a necessidade do estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica entre médicos, enfermeiros e utentes, sem a qual não podemos considerar a existência de um verdadeiro modelo biopsicossocial em Portugal.

## **Materiais e Métodos**

### **Desenho do estudo e participantes**

Realizou-se um estudo exploratório e qualitativo sobre os problemas éticos identificados e vivenciados nos CSP por médicos e enfermeiros integrantes do ACeS Baixo Mondego, que serve as necessidades de saúde da população da região Centro. Os dados foram obtidos através de entrevistas abertas e semi-estruturadas, servindo-se de um questionário baseado na literatura (5).

Participaram na investigação 11 médicos e 8 enfermeiros de 17 UF do ACeS Baixo Mondego. Foram convidados a participar por amostragem em bola de neve profissionais conhecidos dos investigadores, considerando-se como critério de inclusão a vinculação do profissional à UF integrante do ACeS e a sua voluntariedade; não houve critérios de exclusão.

### **Área do estudo**

Baixo Mondego - O Baixo Mondego é uma região de Portugal Continental classificada como um NUTS III composta por 8 municípios pertencentes ao distrito de Coimbra. O ACeS Baixo Mondego abrange 394 408 utentes, distribuídos por 50 unidades de saúde, servida por 256 médicos e 316 enfermeiros (13).

### **Recolha de dados**

Primeiramente, foi solicitada a autorização da CE da ARS Centro e do Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego, explicando a pertinência e objetivos do trabalho. Após a aprovação de ambas as entidades, foi iniciado o contacto com médicos e enfermeiros integrantes do ACeS Baixo Mondego. Não houve seleção das unidades, uma vez que a escolha da UF se prendeu com o compromisso prévio de um profissional na participação do estudo. O investigador compareceu a cada uma das UF para conduzir e moderar as entrevistas semi-estruturadas, numa hora conveniente ao profissional, previamente acordada, de modo a não interferir com o seu trabalho nem com o normal funcionamento da UF. A entrevista foi então aberta com a explanação da pertinência e objetivos do estudo e com a solicitação do consentimento – livre e esclarecido – para participar no mesmo.

A entrevista consistiu de dois momentos. No primeiro, solicitou-se ao profissional a recordação de situação na qual considerasse que se tinha defrontado com um conflito ético, indicando a solução dada. Em seguida, solicitou-se ao entrevistado que identificasse e listasse outros problemas éticos existentes na sua prática diária. No segundo, apresentaram-se três situações hipotéticas contendo problemas éticos, retiradas da bibliografia (5). Efetuada a leitura atenta das mesmas, procurou-se saber que

problemas éticos identificaram nestas situações, tendo-se solicitado de a recomendação do profissional entrevistado no sentido da resolução do problema identificado e sua justificação. Após cada situação, seguiram-se as perguntas: “Que problemas éticos lista neste caso?” e ‘O que recomendaria aos profissionais envolvidos neste caso?’

As conversas foram gravadas com gravador de telemóvel e transcritas para posterior análise.

O período de colheita teve lugar entre os meses de janeiro de 2023 e março de 2023.

## **Análise dos dados**

Utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin, considerando-se esta a metodologia mais adequada para o estudo, pois intensifica o acesso de informações ao objeto de estudo e analisa a problematização em toda a profundidade requerida, permitindo assim medir as atitudes do entrevistado face ao objeto de estudo e a direção e intensidade da sua opinião, através de um desmembramento do texto em unidades de significação e análise da carga avaliativa (14,15). Considerou-se adequada a análise temática, dentro da análise de conteúdo, tendo em conta o tema do presente estudo e a técnica utilizada para a recolha de dados - entrevista semi-estruturada com questões abertas.

Este método é constituído por três momentos organizados em:

1) pré-análise, fase de organização propriamente dita, que corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais, possibilitando a construção de um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas (14,16). Neste sentido, o investigador procedeu à leitura do material transcrito, para identificação dos problemas apontados e das soluções propostas, formulando hipóteses e objetivos e escolhendo os indicadores.

2) exploração do material, que consiste em operações de codificação em função das hipóteses previamente formuladas, a fim de eleger as unidades de registo e a formação das categorias simbólicas e temáticas (16). Como unidade de registo foram considerados os problemas identificados e respetivas propostas de solução efetuadas pelos profissionais inquiridos, e como unidade de conteúdo os excertos das respostas escritas que os descreviam.

O material empírico foi codificado e categorizado, considerando-se como categorias as teorias éticas em estudo e os índices encontrados no conteúdo das respostas distribuídos por estas. Estas categorias foram a Ética principialista, Ética das virtudes, Ética do cuidado, Ética casuística e Ética profissional.

3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde se procurou o estabelecimento de relações entre os resultados do material empírico e a realidade da Bioética na Medicina. A inferência fundamenta-se na presença dos índices e categorias previamente estabelecidos em cada resposta individual e, desta forma, a presença das mesmas nas respostas permitiu inferir que o inquirido estava a considerar a corrente ética em questão para resolver o caso problema proposto, não sendo importante para o efeito da análise qualitativa a frequência da sua comunicação (14).

## Resultados

Participaram no estudo 19 profissionais de saúde, sendo 16 do sexo feminino (84,2%) e 3 do sexo masculino (15,8%), dos quais 11 eram médicos (57,9%) e 8 enfermeiros (42,1%). As características socioprofissionais são apresentadas na tabela 1.

**Tabela 1 – Características socioprofissionais dos participantes do estudo.**

Variáveis	Nº	%
<u>Sexo</u>		
M	3	15,8
F	16	84,2
<u>Profissão</u>		
Médico	11	57,9
Enfermeiro	8	42,1
<u>Idade em anos</u>		
30-39	6	31,5
40-49	11	57,9
50-59	1	5,3
60-69	1	5,3
<u>Anos de experiência</u>		
1-10	2	10,5
11-20	11	57,9
21-30	4	21,0
31-40	1	5,3
41-50	1	5,3

### Momento 1

A partir da análise categorial temática das 19 entrevistas, verificou-se a existência de três grandes dimensões de problemáticas: problemas éticos que surgem das relações dos profissionais de saúde com os utentes e famílias, problemas éticos decorrentes da relação entre integrantes da equipa de saúde e problemas éticos resultantes da organização da direção e sistema de saúde. Na primeira categoria, 15 relatos evidenciam a existência de problemas na relação propriamente dita, 12 relatam questões do projeto terapêutico, 10 exploram os aspetos relativos à forma como a informação é transmitida e 14 que indicam a existência de problemas de privacidade e confidencialidade. Na segunda dimensão, identificaram-se 11 relatos de problemas éticos na relação entre integrantes da equipa de saúde; na terceira dimensão, existem 13 relatos de problemas éticos relacionados com o funcionamento da UF e 16 relatos de questões potenciadas pela organização do SNS.

Os problemas identificados são apresentados na tabela 2; os respetivos excertos de verbalizações que os exemplificam são apresentados no anexo III.

**Tabela 2 – Problemas éticos identificados no momento 1.**

Médicos	Ambos	Enfermeiros
<b>1. Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias</b>		
<b>1.1 Aspetos da relação propriamente dita</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Limites da relação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interferência no estilo de vida</li> <li>➤ Paternalismo</li> <li>➤ Pré-julgamento</li> <li>➤ Preconceito cultural</li> <li>➤ Barreiras culturais, linguísticas e religiosas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desrespeito</li> </ul>
<b>1.2 Aspetos relativos ao projeto terapêutico</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Não adesão terapêutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Custos terapêuticos</li> <li>➤ Solicitação de procedimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Indicações clínicas imprecisas</li> <li>➤ Prescrições de medicamentos mais caros</li> </ul>
<b>1.3 Aspetos relativos à informação</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Omissão de informação</li> <li>➤ Iliteracia em saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comunicação inadequada</li> <li>➤ Conseguir adesão terapêutica</li> </ul>	
<b>1.4 Privacidade e Confidencialidade</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Quebra da confidencialidade</li> <li>➤ Acesso a informações relativas à intimidade da vida conjugal/familiar</li> <li>➤ Ausência de CI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Quebra da privacidade</li> <li>➤ Partilha de informação desnecessária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de privacidade nos domicílios</li> </ul>
<b>2. Problemas éticos nas relações da equipa</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Confidencialidade</li> <li>➤ Alteração da prescrição</li> <li>➤ Iliteracia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de colaboração</li> <li>➤ Falta de compromisso</li> <li>➤ Desrespeito</li> <li>➤ Limites de responsabilidade</li> </ul>	
<b>3. Problemas éticos nas relações com a organização e sistema de saúde</b>		
<b>3.1 Problemas relativos à UF</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Problemas estruturais</li> <li>➤ Falta de apoio estrutural para discutir e resolver questões</li> <li>➤ Falta de transparência da direção</li> <li>➤ Falta de privacidade por rotinas no centro de saúde</li> <li>➤ Mudança de médico de família</li> </ul>	
<b>3.2 Problemas relativos à rede de serviços de saúde</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Articulação deficitária com apoios sociais</li> <li>➤ Informatização e fuga de dados</li> <li>➤ Excessiva necessidade de CI/proteção de dados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falta de formação</li> <li>➤ Falta de tempo para consultas</li> <li>➤ Ficheiro e carga horária excessivos</li> <li>➤ Falta de recursos humanos</li> <li>➤ Iniquidade no Acesso</li> <li>➤ Falta de resposta às reclamações dos médicos</li> </ul>	

Verifica-se a sobreposição de problemáticas entre enfermeiros e médicos: 50% na categoria “Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias”, 60% na categoria “Problemas éticos nas relações da equipa” e 78,6% na categoria “Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde”.

## Momento 2

### ➤ Problemas éticos identificados nos casos

A distribuição dos enfermeiros e médicos respeitante à formulação do problema ético presente nos cenários, segundo as categorias Principlalista, das Virtudes, dos Cuidados e da Ética Profissional, encontra-se na tabela 3.

**Tabela 3 – Categorias éticas identificados nos casos 1, 2 e 3.**

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Principlalista	E1, E3, E4, E5, M1, M2, M8, M9, M11	M9, M10	E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8 M1, M2, M3, M4, M8, M9, M10, M11
Virtudes	E6, M3, M10	E8	M3
Cuidado	E1, E2, E8, M3, M4, M7	E2, E3, E6, E7, M1, M3, M4, M5, M7, M8	M6
Profissional	E7, M5	E5, M2, M6, M11	M5, M7
Casuística	M6	E1, E4, M10	E6

E = Enfermeiro; M = médico.

Considerando o enquadramento das teorias éticas nas respostas sem as distinguirmos pelos casos, verifica-se que 11 elaborações dos enfermeiros e 15 dos médicos formulam o problema de forma mais próxima à perspetiva principlalista; o foco das virtudes foi identificado em 2 verbalizações dos enfermeiros e 3 dos médicos; a ética do cuidado esteve presente em 7 respostas de enfermeiros e 6 de médicos; na ética profissional observam-se 2 dos enfermeiros e 6 dos médicos e na ética casuística observaram-se 3 formulações de enfermeiros e 2 de médicos. Nos três casos, houve profissionais - no caso 1: E1; no caso 2; M10; no caso 3: M3 - que identificaram problemas que se enquadravam em mais do que uma teoria ética, tendo sido consideradas as múltiplas facetas da sua resposta.

No total, foram enquadradas 26 respostas na Ética Principlalista, 17 na Ética do Cuidado, 8 na Ética Profissional, 5 na Ética das Virtudes e 5 na Ética Casuística.

### ➤ Recomendações dos profissionais após leitura dos casos

As respostas obtidas neste momento, apresentadas nas tabelas seguintes, permitem observar uma discrepância entre a formulação dos problemas éticos de alguns profissionais e os respetivos cursos de ação propostos, isto é, a categoria ética analisada na resposta à primeira pergunta poderá não coincidir com a inferência ética categorial predominante na solução do caso. Alguns profissionais

referem uma multiplicidade de recomendações. As verbalizações que exemplificam as propostas de resolução dos problemas éticos identificados são apresentados no anexo IV.

**Tabela 4 – Propostas de resolução do caso 1: “Desafio do Utente Frequente”.**

<b>CASO 1</b>	PRINCIPIALISTA	VIRTUDES	CUIDADO	PROFISSIONAL
Necessidade de avaliação holística do doente			M4, M7, M8, M11, E1, E2, E6	E5, E7
Aumentar tempo e diminuir periodicidade da consulta			M1, M3, M6, M7	
Sugerir visitas domiciliárias			E8	
Pedir ajuda a equipa			M5, M10	E3
Reencaminhar para consulta de especialidade	M2		E4, E6	
Oferecer ajuda, informando o doente da sua desadequação em vir tantas vezes			M9	

No caso “Desafio do Utente Frequente”, nenhuma resposta sugere abandonar o senhor C, deixando de promover esforços para continuar a atendê-lo da melhor maneira possível. No entanto, M9 sugere que se informe o doente da inadequação dos seus pedidos frequentes. A inferência de Bardin permitiu observar a predominância da ética do Cuidado neste momento da conversa.

**Tabela 5 - propostas de resolução do caso 2: “Dependência e Conflito na Equipa”.**

<b>CASO 2</b>	PRINCIPIALISTA	VIRTUDES	CUIDADO	PROFISSIONAL
Diálogo de E. com colegas da sua confiança		E2	M1, M5, M9, E3, E6	
Responsabilidade partilhada entre E., equipa e direção	M4, M8		M10, E8	E4
Tratar-se e afastar-se do serviço	E1		E3, M7	M6, M2, M3
Mudança de responsabilidades			M7, M8	
Responsabilidade da coordenadora			M7, M11	E5, E7
Responder às reclamações			M4	M8

No caso “Dependência e Conflito na Equipa”, nenhuma resposta sugere a punição de E., verificando-se a necessidade de uma responsabilização dos diferentes intervenientes; M4 e M8 notaram ainda a necessidade de resposta perante as reclamações do utente. A inferência de Bardin permitiu observar a predominância da ética do Cuidado e ética Profissional neste momento da conversa.

**Tabela 6 - Propostas de resolução do caso 3: “Crise no Acesso à Saúde”.**

<b>CASO 3</b>	<b>PRINCIPIALISTA</b>	<b>VIRTUDES</b>	<b>CUIDADO</b>	<b>PROFISSIONAL</b>
Reencaminhamento SU	M5, M9		M6, M8, M10, E3, E6	
Médico deve assumir a responsabilidade pelo doente e evolução da doença	M3, E1, E4, E5	E2	M8	M1
Procura pelo privado	M2		E7	
Responsabilidade do Sistema de Saúde	M4, M7, M8, M10, M11			E8

No caso “Crise no Acesso à Saúde”, a maioria dos profissionais refere a necessidade de responsabilizar a organização do SNS, e não o médico que atende a doente, solucionando a questão através da solicitação de exames adicionais e reencaminhamento precoces. E1 e E4 responsabilizam o médico que atendeu primeiramente a utente.

A inferência de Bardin permitiu observar a predominância da ética Principlista e do Cuidado neste momento da conversa.

## **Discussão**

### Momento 1

Neste primeiro momento, procedeu-se à análise cuidada das respostas dadas à questão “Quais os problemas éticos que identifica no dia-a-dia da sua atividade?”, que foram agrupadas em três grandes dimensões de problemáticas, com posterior divisão por subcategorias que melhor enquadram os problemas (Tabela 2). As verbalizações dos entrevistados para as diferentes problemáticas poderão ser observadas no anexo III. A literatura existente (5,7,9) foi importante para validar esta categorização, tendo em conta que estudos prévios acerca da mesma temática acabam por encontrar os mesmos problemas e atribuir-lhe as mesmas denominações. Uma revisão integrativa da literatura recente (2) permitiu concluir que esta divisão de problemas éticos em três categorias é feita em todos os estudos acerca de problemas éticos no dia a dia dos profissionais de saúde dos CSP. A elevada concordância entre as categorias justifica-se pelo facto dos problemas éticos enfrentados por médicos e enfermeiros serem geralmente semelhantes (16), trabalhando numa relação vinculativa e interconectada que respeita os mesmos princípios fundamentais, embora existam algumas diferenças nas funções e responsabilidade de cada grupo (2).



## 1. Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias

### 1.1 Relação propriamente dita

A sólida fundamentação na confiança, respeito e colaboração mútua, são fundamentais para o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica entre utente e profissional de saúde (17,18). Não obstante, a **interferência da equipa no estilo de vida** do utente parece ser uma preocupação de vários profissionais que, deparando-se com a necessidade de informar adequadamente o utente para a promoção da sua saúde, procuram evitar a restrição da sua autonomia. A **dificuldade em estabelecer os limites da relação** surgiu ainda em diversas situações, como durante a recente pandemia de SARS-CoV-2, em que a acessibilidade via remota foi aumentada e mantida posteriormente, sendo cada vez mais aparente a necessidade de imposição de barreiras para salvaguardar a objetividade na relação médico-utente (19).

O **paternalismo médico**, modelo em crescente abandono (4) que priva o utente da autonomia necessária para a tomada de decisões sobre a própria saúde (20), foi apontado como sendo ainda promovido por utentes e profissionais de faixas etárias mais avançadas (21). No entanto, alguns entrevistados referem também a possibilidade de adaptar conforme a pessoa que atendem, considerando ser necessário, por vezes, manter um certo grau de paternalismo sem renunciar ao autogoverno e direito de escolha do utente, respeitando os princípios da beneficência e não maleficência, naquilo que Richard Thaler e Cass Sunstein apelidam de paternalismo libertário (22). Um médico referiu a importância da literacia em saúde do utente, que contrarie a resignação ao modelo paternalista, para que este esteja bem preparado para assumir uma posição mais autónoma sobre a evolução do seu estado de saúde.

Para além destas questões, que comprometem a relação terapêutica, foram relatados casos em que o **desrespeito, pré-julgamento e preconceito** estiveram presentes nas interações descritas.

Vários profissionais referem a existência do **pré-julgamento** com utentes frequentadores, e como este comportamento pode levar à invalidação de queixas posteriores pelo mesmo. Sendo a prevenção um dos objetivos pilares dos CSP, o princípio da não maleficência estará aqui comprometido. Se o profissional de saúde julga o utente sem considerar as suas circunstâncias individuais, poderá estar a tratá-lo de forma injusta e desigual, levando à tomada de decisões que não são consistentes com o seu melhor interesse (2,23). O **preconceito cultural** foi percebido em duas entrevistas, em que um enfermeiro menciona a apreensão causada pela vinda de um membro de determinada etnia à sua consulta e um médico que *“as mulheres brasileiras que vêm à clínica estão todas grávidas e todas cheias de sífilis (...)”*. Estas verbalizações constituem exemplos da facilidade com que se poderão perpetuar estereótipos culturais e generalizações injustas. Ainda nesta vertente, a falta de competência cultural do profissional poderá fazer com que **barreiras culturais, linguísticas e religiosas** potenciem a problemática da falta de acessibilidade e autonomia e limitem a qualidade de cuidados prestados, tendo sido esta associação já verificada em revisões sistemáticas recentes (24,25).

### 1.2 Aspetos relativos ao projeto terapêutico

O projeto terapêutico nos CSP é uma ferramenta essencial para garantir a efetividade dos cuidados de saúde. Não obstante, foram descritas múltiplas problemáticas que colocam em causa esta componente do vínculo com o utente. Os profissionais de saúde têm o compromisso de fornecer cuidados adequados e eficazes, experimentando frustração e sentimento de impotência perante a **não adesão**, que constitui um verdadeiro problema de saúde pública com consequências negativas para a saúde do utente, família e sistema de saúde (26,27). A prestação de **indicações clínicas imprecisas**, descrita por entrevistados e pela literatura existente (28) como possível causa desta não adesão, poderá diminuir a confiança do utente perante o projeto a que o profissional se propõe ajudar a cumprir.

Os **custos terapêuticos**, quando inoportáveis, podem resultar em conflitos entre os profissionais de saúde e os pacientes, desigualdade na saúde, e afetar negativamente a autonomia do utente. Acrescendo a este problema, por vezes é realizada a **prescrição de medicamentos mais caros com a eficácia de outros mais baratos**, o que pode ser visto como falta de conhecimento ou despreparo, e representa uma clara violação ao princípio da Justiça. Um estudo transversal sobre a não adesão em Portugal (29), realizado em 2015, permitiu concluir que uma das grandes causas deste problema são, de facto, as limitadas possibilidades económicas.

A **solicitação de procedimentos**, problema apontado com alguma frequência, pode ser prejudicial para o utente devido à possibilidade de entrar em conflito a autonomia do próprio e as crenças, valores e conhecimentos do profissional de saúde. Neste sentido, o médico e o enfermeiro devem trabalhar em conjunto com o utente para perceber as razões que o levam a fazer determinados pedidos, e capacitá-lo para que tome a melhor solução adequada às suas necessidades (2).

### 1.3 Aspetos relativos à informação

Médicos e enfermeiros têm a responsabilidade de garantir uma comunicação clara e eficaz com os seus utentes; os obstáculos descritos a este nível, como a **comunicação inadequada**, a **procura da adesão** e a **omissão de informação** podem afetar diretamente a relação entre ambos, diminuindo a eficácia da relação terapêutica (27,28), e colocando em risco a autonomia e capacidade de tomada de decisão do utente. Vermeir (30), numa revisão narrativa da literatura, explana como a inadequada comunicação pode conduzir a uma variedade de resultados negativos para o utente como abandono do tratamento, comprometimento da segurança, insatisfação e uso indevido de recursos.

A **iliteracia em saúde** do utente, que o profissional procura esbater através do empoderamento e capacitação, tem vindo a ser considerada uma barreira à promoção da saúde e autocuidados (31). No entanto, é também apontada como falha de alguns profissionais cujo conhecimento possa estar baseado em fontes desatualizadas, o que poderá conduzir a decisões de saúde inadequadas.

#### 1.4 Privacidade e Confidencialidade

As quebras de privacidade e confidencialidade, dois conceitos relacionados e distintos (18), referidas em entrevista como “uma das grandes guerras” nos CSP, constituem uma das problemática causadoras de conflitos mais amplamente discutida neste nível de prestação de cuidados (2,5).

A respeito da **privacidade**, várias situações são referidas, como a presença indesejada de terceiros na consulta e a solicitação por parte dos utentes para conversas de cariz pessoal, fora do ambiente apropriado de consulta. Poderemos enquadrar como problemas de privacidade e confidencialidade a menção aos problemas seguintes: os comentários que se fazem sobre utentes ou famílias com outros membros da equipa, fora da sua presença; a interrupção da consulta por enfermeiros e administrativos; a facilidade de assinar documentos digitalmente e enviar por e-mail. Estes comportamentos, que violam a proteção de dados dos utentes poderão constituir um desrespeitando pela sua dignidade e autonomia (12).

A **partilha de informação desnecessária** acaba por fazer também parte deste problema, pois apesar da necessária partilha de informações dentro da equipa para um cuidado de excelência, não se deverá validar que todas as informações respeitantes ao utente devam ser acessíveis a todos os membros da mesma (2).

Apesar deste problema não ter sido descrito diretamente como tal, depreende-se do discurso e casos apresentados por alguns profissionais que o **acesso a informações relativas à intimidade da vida conjugal e familiar** poderá constituir um terreno fértil para o crescimento de dilemas éticos, sobretudo quando o dever de respeitar a privacidade e confidencialidade destas informações conflitue, por exemplo, com a necessidade de proteger terceiros.

Não raras vezes, a **ausência de CI** pode ser um problema (19), sempre que haja a necessidade de avaliação da capacidade do utente para tomar decisões e assinar documentos legais, em casos de demência ou dependência e em questões legais como heranças e contratos; Um médico menciona o dilema em que se encontra sempre que a família de um utente falecido solicita informações, de cuja partilha não houve o consentimento prévio, uma vez que se deve o respeito pela confidencialidade dos dados clínicos dos seus utentes, vivos ou falecidos.

## 2. **Problemas éticos na relação com a equipa**

A equipa de saúde é um núcleo de relações entre pessoas com diferentes conhecimentos, exigindo-se a flexibilidade dos seus integrantes para que se reconheçam e respeitem essas diferenças, sendo o fim último a prestação de cuidados de excelência ao utente (2). Vários entrevistados referem a **falta de companheirismo e cooperação**, que se pode apresentar sob a forma de falha do profissional em não reconhecer as próprias limitações, evitando o pedido de ajuda e aprendizagem, potenciando erros médicos e negligência. A importância deste assunto é evidenciada por Nurchis (32), que através de

uma revisão sistemática e meta-análise, relaciona positivamente a colaboração interpares com a melhorada gestão da diabetes pelo utente nos cuidados primários. Foram narradas algumas situações de **falta de compromisso para com a equipa** e UF, como é exemplo o caso de um médico que recrutava clientes da desta para a sua clínica privada. Esta falta de colaboração assume outra dimensão quando a **prescrição médica de um profissional é alterada indevidamente** por outro, representando um problema de comunicação inadequada interpares; a falta de explicação clara dos motivos da alteração da prescrição, que em utentes com multimorbilidade e polifarmacoterapia é um problema ainda mais complexo (33), pois pode pôr em causa a confiança na relação médico-utente, deparando-se o utente com informações contraditórias acerca do seu tratamento, o que atenta ao princípio da Autonomia.

O **desrespeito interpares**, amplamente abordado por médicos e enfermeiros, pode comprometer a relação de confiança e respeito mútuo que é essencial para o trabalho em equipa e para a prestação de cuidados de qualidade aos utentes (34). Nas entrevistas, foram dadas os exemplos do desrespeito que advém da posição de liderança de um profissional de saúde, o desrespeito por parte de enfermeiros para com médicos e o desrespeito por parte de colegas internos de especialidade nos estágios hospitalares, que frequentemente tecem comentários pejorativos acerca da especialidade de medicina geral e familiar. Os entrevistados apelam a uma maior humildade, entreaajuda e a que a posição hierárquica não deva ser usada para intimidar ou controlar outros membros da equipa. Vários referiram ainda que a **dificuldade em estabelecer os limites de responsabilidade** pode estar presente sempre haja a tendência para a competição interpares, o que reforça o conflito descrito (2).

### 3. Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde

#### 3.1 Problemas relativos à UF

As UF são compostas por equipas multidisciplinares de profissionais de saúde que trabalham em conjunto para fornecer um cuidado de saúde integrado e personalizado aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população. No entanto, a existência de uma variedade de problemas a este nível compromete a excelência destes cuidados (1).

É notória, porém, a prevalência de queixas relativas à existência de **problemas estruturais** nas UF, sendo reportada a existência de mofo nas paredes, incapacidade de regulação da temperatura e necessidade de obras. Estas falhas colocam em risco a saúde dos trabalhadores e frequentadores da UF, levantando questões relativamente ao sofrimento desnecessário e direito dos utentes à saúde e segurança, violando os princípios éticos da Beneficência e da Não Maleficência.

Para estas questões, é relatada a **falta de apoio estrutural que as discutam e resolvam**. As demoras na gestão de autorizações e burocracias perante as queixas e propostas de melhoria dos médicos e enfermeiros, conduzem frequentemente a um sentimento de alienação, desvalorização e perceção de falta de transparência e de capacidade de intervenção. Foi relatado um exemplo de **falta de**

**transparência da direção**, em que o profissional percebeu a existência de favorecimento de alguns profissionais relativamente aos seus pares.

Relativamente a problemas na UF que afetam diretamente o utente, foi mencionada a **falta de privacidade por rotinas no centro de saúde**, seja por falta de gabinetes para garantir a mesma, ou pela própria indiscrição dos profissionais, que discutem pormenores clínicos no local inapropriado. Ainda neste foco, alguns médicos e enfermeiros apontam a falta de autonomia e liberdade que o utente poderá enfrentar na **mudança de médico de família**, o que pode proporcionar uma relação médico-utente insatisfatória e até mesmo prejudicar a saúde do utente, que poderá não se sentir confortável para discutir questões delicadas ou confiar plenamente no médico atual.

### 3.2 Problemas relativos à rede de serviços de Saúde

As Administrações Regionais de Saúde, constituídas por diversas tipologias de UF, procuram cumprir o Plano Nacional de saúde através do acesso a cuidados de saúde de qualidade à população da área geográfica respetiva. Neste sentido, as queixas dos entrevistados evidenciam a dificuldade em assegurar estas exigências numa multiplicidade de vertentes, apontando, de forma geral, um atraso de progressão dos sistemas de saúde para os princípios que guiam os CSP (1). A recente pandemia de SARS-CoV-2 veio a agravar determinadas questões, que eram no entanto referidas como já existentes previamente a esta altura, e permanecendo mesmo após a gradual resolução da mesma.

A referência às limitações do sistema de saúde no acompanhamento de utentes com problemas sociais e alcoólicos, sugere que este poderá estar a operar dentro de limites restritos, questionando-se a forma como estará a ser conduzida a **articulação com apoios sociais** para fornecer soluções adequadas a esses problemas. Esta é, de facto, uma das responsabilidades dos CSP (1), onde se praticam a integralidade, coordenação e continuidade dos cuidados. Sakellarides (3), num estudo sobre a necessidade de responder aos desafios atuais do SNS, reconhece como urgente esta aposta na integração dos cuidados, gerindo o percurso das pessoas através dos serviços de que necessitem.

O despreparo de algum pessoal médico e enfermeiro e a **falta de formação adequada** das administrativas foram considerados por médicos e enfermeiros como uma ameaça aos cuidados de excelência exigidos pelos CSP. Na origem desta falta de formação, é apontada a desvalorização das carreiras, o que não incentiva o aperfeiçoamento, mas propicia a falta de profissionalismo e falhas na prestação de cuidados aos utentes. Uma revisão sistemática com meta análise sobre o efeito das intervenções de treino nas habilidades dos profissionais de saúde na promoção de comportamentos saudáveis, demonstrou uma melhoria positiva dos comportamentos de saúde dos utentes (35).

O avanço da tecnologia e as mudanças sociais e demográficas são alguns dos fatores responsáveis pela renovação da problemática ética ao longo dos anos, pelo que urge referir a crescente transformação digital na área da saúde (8,36) - é perceptível, a partir dos relatos obtidos, que esta questão já faz parte da realidade dos nossos enfermeiros e médicos. Assim, é referida a **informatização de dados privados** como potencial fonte de problemas, pois a segurança dos dados

pode ser comprometida na utilização da informatização (19,36), existe facilidade em assinar documentos digitalmente e enviar por e-mail, o que pode apresentar riscos à privacidade e proteção de dados dos pacientes, assim como em falsificar documentos para, por exemplo, justificar faltas ao trabalho. Por outro lado, alguns profissionais relatam um excesso de zelo pela **proteção dos dados e excessiva necessidade de CI**. Neste sentido, é descrita a perda de confiança na relação médico-utente, onde a necessidade de um CI pode tornar a relação menos pessoal e menos baseada na confiança mútua. Por outro lado, a proteção excessiva de dados dificulta a realização de exames simples e o acesso a informações úteis para o cuidado dos utentes, como a prestação de informações médico-legais relevantes para utentes, tribunais ou companhias de seguros. Alguns dados, de acesso crescentemente dificultado, poderiam ser usados para a realização de estudos científicos para orientar a tomada de decisão sobre cuidados de saúde.

A **falta de recursos humanos**, sobretudo sob a forma de falta de médicos de família, é um problema amplamente referido pelos entrevistados (1). Durante a pandemia, este problema exacerbou-se, tendo coincidido com a reforma de muitos colegas, o que levou ao surgimento de dificuldades que entretanto ainda não foram colmatadas com novas contratações (3). Sobre este ponto, um estudo transversal descritivo realizado em 2020 sobre a avaliação dos recursos humanos nos CSP concluiu que existe uma distribuição pouco homogénea destes pelas cinco ARS, o que pode traduzir-se em iniquidades no acesso (37); a rotatividade de pessoal médico que esta questão potencia poderá estar a comprometer a confiança entre utentes e médicos. Um médico e dois enfermeiros percecionam a acrescida confiança dos utentes pelos enfermeiros em detrimento dos médicos.

A falta de recursos humanos levanta outras questões, muito referidas nas entrevistas, como a **carga horária aumentada**, um **insustentável número de utentes inscritos por profissional** e **falta de tempo para consultas** (38). Para além das consequências para o utente, estes problemas condicionam a saúde física e mental do médico prejudicando a capacidade de oferecer cuidados adequados (9) e limitando a autonomia do utente, caso o profissional de saúde tenha menos tempo para explanar com calma a sua situação. A falta de resposta rápida às consultas é referida como fonte de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, especialmente para utentes com situações crónicas ou que precisam de atenção imediata.

Para além das múltiplas problemáticas supramencionadas, que efetivamente incidem sobre a **iniquidade do acesso**, é importante referir outras particularidades desta questão, amplamente discutida pela generalidade dos entrevistados. Alguns sugerem que utentes com maior poder económico têm acesso a outros serviços e soluções mais rapidamente do que aqueles com menos recursos financeiros (39,40) e que, de forma geral, há uma incapacidade do SNS em garantir que todos os utentes tenham acesso igualitário aos serviços de saúde (1). Outros apontam a multimorbilidade com uma das principais fontes de iniquidade de acesso, opinião consistente com a literatura recente (39,40).

A perceção destes problemas é encarada de forma ativa pelos profissionais, que frequentemente exercem o seu direito à reclamação. Infelizmente, este também permanece um problema, pois existe **falta de resposta às reclamações dos médicos**, havendo referência ao facto de nem na posição

coordenação da UF se ser possível fazer melhorias, e que não há resposta a “esmagadora maioria das vezes” às solicitações dos profissionais, que acabam por ter um impacto nulo no sistema.

## Momento 2

A distribuição dos enfermeiros e médicos, no que tange à formulação do problema ético presente nos casos e propostas de resolução para os mesmos pode ser observada na tabela 3 dos resultados, e respetivas verbalizações para a segunda questão no anexo IV.

## Caso 1

As categorias éticas admitidas nas respostas diferem em cada caso. No primeiro, “Desafio dos Utentes Frequentes” observou-se que enfermeiros e médicos formulam o problema na perspetiva da Ética Principlista, seguida da Ética do Cuidado.

Este enquadramento do problema na vertente Principlista é evidente pela consideração dos princípios da Justiça e Autonomia e pela identificação de potenciais problemas na acessibilidade, equidade e tomada de decisão. Nota-se ainda a consideração pela Beneficência e a Não Maleficência, pois é evidente a preocupação em privar o doente da dor e sofrimento, proteger os seus direitos e resgatá-lo do perigo.

*“(...) realmente uma coisa é a questão da equidade, que é eu ter que responder a este, mas eu também ter outros a quem responder (...)”;* *“(...) a partir do momento que os cuidados comecem a ser menos adequados à pessoa, aí começa a ser não-maleficência (...)”*

Curiosamente, a resolução deste caso admite respostas que se enquadram sobretudo na Ética do Cuidado. Esta aparente ambiguidade justifica-se pelo facto desta situação, muito comum no contexto dos CSP, exigir uma reflexão crítica profunda que utilize múltiplas vertentes de consideração ética.

Nas propostas de resolução, a maioria dos enfermeiros e médicos aponta como causa deste problema a necessidade de uma **avaliação holística**, enfatizando a importância de se estar atento às suas necessidades, preocupações e sentimentos, e de tomar medidas para ajudar o utente sempre que ele o solicite. Esta posição é evidente em vários excertos: *“(...) não podemos caracterizar a pessoa por diagnósticos de saúde mas sim pelo seu todo, se ele vai à procura é porque ele precisa. Pode até nem ser pelas glicemias altas e pela tensão alta, há aqui outras coisas subjacentes (...)”;* *“Gestão terapêutica, será que está a ser eficaz? Gestão de exercício físico, gestão alimentar, contexto familiar?”*. Nos enfermeiros as deliberações enquadradas numa visão ética do Cuidado não surpreendem, uma vez que estes profissionais atuam segundo um modelo biopsicossocial, fortemente centrado na prestação de cuidados de saúde e no bem-estar do utente durante todo o processo de tratamento, ao

contrário dos médicos, que poderão agir sob um modelo biomédico se concentram na componente biológica e clínica das queixas utente (2,41).

Nos médicos, porém, o enquadramento das suas resoluções na visão ética do Cuidado reflete o recurso a uma abordagem - útil, complementar e necessária - ao Princípio (42). Esta vertente da Bioética, que constitui a teoria mais prevalente ao longo da formação do médico (43), poderá ser tendenciosa e unilateral, visto que alguns problemas médicos não se resolvem pelo mero respeito a princípios abstratos (42). A simplicidade de aplicação dos seus princípios constitui, de facto, a principal limitação da abordagem, que não considera o risco de deixar de fora uma série de valores e perspectivas (44).

A segunda via de resolução mais indicada, mas apenas por médicos, foi o **aumento do tempo e número das consultas**. De facto, infere-se desta resposta a preocupação com a escassez de recursos humanos, discutida em momento 1, que conduz a falta de tempo para consultas. Esta problemática é considerada uma fonte de dificuldades no estabelecimento da verdadeira relação terapêutica, pelo que os médicos que sugeriram esta resolução poderão percecioná-la como a melhor resposta aos pedidos frequentes do utente. A ausência desta sugestão por enfermeiros é compatível com a tendência deste grupo profissional geralmente usufruir de uma maior duração de interação com o utente relativamente aos médicos (45).

Um enfermeiro sugere a **visita domiciliária**, com a premissa de que um lugar familiar e confortável para o estabelecimento da relação terapêutica poderá favorecer uma melhor interpretação dos fatores que estejam a perpetuar as visitas à UF. De facto, o atendimento domiciliário permite um atendimento mais personalizado e de maior comodidade para o utente, que permite ao profissional percecionar o ambiente em que este vive (46).

*“ (...) se calhar até uma visita domiciliária, porque no domicílio nós conseguimos ter uma melhor perceção de como eles têm os medicamentos e como é que tomam os medicamentos (...)”.*

Dois médicos, assumindo que já teriam tentado de tudo, incluindo a avaliação holística, consideram **pedir ajuda à equipa**. Esta via de resolução, apesar de útil e honesta no reconhecimento das limitações do profissional, poderá exacerbar a problemática de falta de tempo e recursos, descrita anteriormente, visto que estas limitações condicionam a capacidade de colaboração com outros membros da equipa(38).

*“(...) nós atendemos estes doentes sempre da mesma maneira, com as mesmas pessoas, o mesmo médico, o mesmo enfermeiro, e estamos sempre à espera de que o resultado seja diferente, às vezes bastava talvez mudar o médico (...) tentava procurar dentro da mesma unidade alguém com quem a relação funcionasse (...) eu estou a partir do princípio de que isso já foi tudo feito (...)”*

Dois enfermeiros, encarando a questão de forma semelhante, consideraram a **referenciação para consulta de especialidade** como única opção. Esta resolução, apesar de se enquadrar na necessidade de cuidado pelo utente, poderá estar a desresponsabilizá-lo e a perpetuar a sua dependência, em vez de promover a sua autonomia e cidadania. Esta prática, comum nos CSP,



percorre o caminho da beneficência paternalista (5) cujas limitações foram apontadas na discussão do momento 1.

Um médico, reconhecendo que o respeito pela autonomia pode ser uma expectativa irrealista, propõe uma negociação entre a responsabilização do utente e respeito pelas normas da UF, **informando o doente da sua inadequação em vir tantas vezes ao serviço**. Esta resolução, para além de autoritária (5), poderá ser um contraponto à Ética do Cuidado, pois constitui um ataque à alteridade, conceito filosófico que se refere à capacidade de reconhecer e respeitar a diferença do outro, convidando-nos a compreender e aceitar as suas diferenças culturais, religiosas, sociais e pessoais.

*“(...) tem que entender que não é o único utente que nós temos, e portanto nem sempre temos o tempo todo para lhe dedicar; diga-nos o que é que precisa, nós vamos tentar resolver o que pudermos hoje, para que não precise de nós tao cedo.”.*

A exigência do médico em obter resultados, ignorando a necessidade primária de uma avaliação holística, poderá estar a colocar expectativas irreais no utente, sendo a falha em compreendê-lo respondida com uma reprimenda. Esta reprimenda, mais do que indicador da virtude do médico, poderá ser um sintoma do modelo de sociedade atual, que prioriza a produção e o desempenho, deslocando os seus indivíduos das responsabilidades e compromissos éticos para consigo mesmo. À vista destas considerações, não é difícil perceber o problema ético - isto é, a perda da alteridade - que a sugestão do médico suscita, e que a *Sociedade do Cansaço* de Byung-Chul Han chama para a discussão (47).

## Caso 2

Para o segundo caso, “Dependência e Conflito na Equipa”, que reflete um problema de relacionamento interprofissional, é perceptível o reconhecimento unânime da disrupção que E., em condição de dependência, poderá causar na relação com o utente e inter pares:

*“(...) a insegurança que leva a que alguém seja tratado por alguém assim (...) as coisas podiam ser muito graves e até com repercussões para todos (...)”.*

Será importante referir que os Cuidados de Saúde Primários, enquanto estruturas de proximidade a uma população, são serviços privilegiados no que concerne a deteção e sinalização do consumo excessivo de álcool de forma precoce. Estima-se que cerca de 20% dos utentes nos CSP sejam consumidores excessivos (48), pelo que urge que os profissionais conheçam não só os procedimentos apropriados para lidar com este tipo de situação, mas sobretudo que tenham a capacidade de refletir eticamente sobre a forma de tomar decisões justas e equilibradas. Assim, após leitura do caso,

observou-se que enfermeiros e médicos formulam o problema sobretudo sob a perspectiva da Ética do Cuidado, seguida da Ética Profissional.

A proposta de resolução mais frequente foi a consideração do **diálogo de E. com colegas da sua confiança**, sendo a relação de cumplicidade assumida como detentora de poder terapêutico.

*“(...) é de facto dialogar, sempre chamar primeiro na intimidade, porque ninguém gosta de se expor (...)”.*

Foucault considerava a amizade capaz de suscitar grandes mudanças nas relações, quando vivenciada na perspectiva da Ética do Cuidado, tornando as pessoas mais livres e menos governadas (49).

Foi também amplamente sugerida a **partilha de responsabilidade entre E., a equipa e a direção**, o que vai de encontro a uma resolução mais holística, enquadrada na Ética do Cuidado. Neste sentido, os entrevistados consideraram a compreensão das circunstâncias da profissional e o acompanhamento por parte de colegas e direção como fatores homólogos para a eficaz resolução do problema.

Alguns profissionais demonstraram preocupação com a situação laboral da profissional, privilegiando a procura de uma solução nesse sentido, através da sua **mudança de responsabilidades**, delegando para a restante equipa o trabalho de E. durante o período necessário à sua recuperação.

*“(...) era muito fácil pôr esta profissional no back office a fazer atendimentos de telefones, ou a responder a emails (...) não estava bem para o atendimento ao público”.*

Esta posição poderá visar a lealdade interpares e proteção de E., assim como a mudança de rotina que poderá estar a contribuir para o aprofundar da dependência (50), enquadrando-se na Ética do Cuidado. No entanto, suportará o encobrimento de comportamentos inaceitáveis para um profissional prestador de cuidados de saúde, de cuja integridade depende a excelência dos seus cuidados.

A Ética Profissional foi inferida em várias respostas, em que os entrevistados empregaram palavras como “dever”, “obrigação” e “cumprimento”, considerando o comportamento de E. como contrário ao exigido pelos elevados padrões da Deontologia. Neste sentido, alguns propõem que a colega **se afaste do serviço e procure tratar-se** sozinha. Se a sugestão anterior peca pelo encobrimento de comportamentos potencialmente danosos para o utente e equipa, esta peca pelo abandono da colega, que é também utente e doente, responsabilizando-a totalmente pela sua doença. Esta posição poderá atentar ao modelo biopsicossocial, como justificado na discussão do Caso 1.

Dois médicos e dois enfermeiros **responsabilizam a coordenadora da equipa**, considerando que esta deve ser a interveniente mais capaz no processo de garantir a coesão da equipa e potenciar a recuperação de E.

*“(...) aqui teria que ser a chefia a chamar, explicar o que é que estava a falhar, lembrá-la das normas do serviço e da sua forma de atuação perante o utente, das obrigações que está incutida na sua profissão, e ao mesmo tempo disponibilizar este suporte emocional (...)”.*

Dois médicos apontaram ainda uma importante questão: a **necessidade de responder às reclamações dos utentes**. De facto, o presente estudo incide sobre os problemas éticos vivenciados em contexto de CSP, que poderão influenciar a relação do utente com os profissionais e sistema de saúde, pelo que este reparo assume também uma enorme importância, lembrando a necessidade de cultivar uma relação honesta e empoderadora com os usufruidores de cuidados.

### Caso 3

No terceiro caso, “Crise no Acesso à Saúde”, que reflete um problema de gestão de uma utente sem médico de família, observou-se que enfermeiros e médicos formulam o problema sobretudo na perspetiva da Ética Principlista. No entanto, a Ética do Cuidado teve uma forte expressão na sugestão de **reencaminhamento para o serviço de urgência** de F. para o hospital. Esta forma de atuação enquadra-se nesta corrente ética pois destaca a preocupação com a saúde e bem estar do utente, bem como a necessidade de atuar rapidamente para garantir o tratamento adequado. Representa também, em certa medida, uma atitude desafiadora do profissional em relação ao sistema, cujas limitações o frustram, podendo levá-lo até ao abandono do SNS, o que por sua vez perpetua as problemáticas de falta de recursos humanos, tempo e disponibilidade para um atendimento de excelência, referidas no momento I da discussão. A este propósito, atente-se no seguinte excerto:

*“Como é que isto se dá a volta: melhorando as condições dos profissionais; se os profissionais forem mais facilmente fixados no SNS, as pessoas começam a ter médico de família; se as pessoas começarem a ter médico de família, estas coisas não acontecem.”*

Esta atitude desafiadora pode ser encontrada em excertos como o seguinte:

*“(...) às vezes nós mandamos as pessoas à urgência e isto é uma das coisas que nós sabemos que está errado, que os nossos colegas no hospital nos dizem “não mandem doentes para a urgência que não é assim que se faz” e nós fazemos, e eu faço, e todos os meses faço isso (...)”.*

Atente-se no reconhecimento de que esta resolução não deveria ser a primeira opção, havendo uma preocupação também com a sobrecarga dos serviços de urgência e necessidade de a utente ser vista por um colega especialista de Oncologia, mas que, para o entrevistado, acaba por constituir a única alternativa plausível perante a paralisação plácida de um sistema de saúde afogado na burocracia, que escolhe ignorar a gravidade da situação de F. Um estudo recente realizado em Portugal aponta o aumento, nos últimos anos, da procura dos serviços de urgência em detrimento de outras respostas, como os CSP ou a linha SNS 24 (51). No entanto, casos como o descrito acontecem, justificam uma intervenção urgente e exigem uma melhor capacidade de resposta do sistema.

Alguns entrevistados apontam o médico que viu a utente em primeiro lugar como principal **responsável pela doente e evolução da doença** através, por exemplo, da solicitação de um conjunto de exames assim que a suspeita estivesse instalada, de forma a evitar tempos de espera entre requisições.

*“ (...) quando eu vejo a possibilidade de uma coisa destas acontecer - eu não posso aceitar que a pessoa que podia ser um outro eu esteja à mercê de timings que os outros não conseguem resolver.”*

Esta resolução, apesar de visar um cuidado de excelência à doente, acaba por validar o sistema responsável pela perpetuação desta problemática. Infelizmente, a falta de resposta às reclamações dos profissionais, como referido no momento I da discussão, dificulta que haja espaço para melhorias. Ainda neste sentido, vários profissionais, partindo de uma descrença total na capacidade do sistema de saúde responder eficazmente a este tipo de situação, aconselharam a **procura imediata do sistema privado**. Apesar deste garantir, à partida, uma resposta mais eficaz à situação, remete para o problema óbvio da falta de possibilidades de alguns utentes, o que contribui para a iniquidade do acesso à saúde (39,40).

Um número considerável de entrevistados **responsabiliza o Sistema de Saúde** pelas falhas sucessivas na resposta à situação clínica de F. De facto, este apontar de falhas é merecido, não deixando de constituir uma certa resignação dos profissionais perante a estrutura em que se vêm inseridos, cujos problemas foram apontados no Momento 1.

*“(...) se a médica de família tivesse menos utentes, se tivesse mais tempo para marcar consultas de reavaliação e contacto telefónico passadas duas semanas, se calhar não teríamos estado tanto tempo à espera para ver aqui a resposta (...).*

Restará admitir que a Casuística e Virtude não terão sido referidas, até então, nesta discussão. No entanto, foram utilizadas para percecionar os problemas éticos existentes nos casos, como observado no quadro X. A Ética Casuística foi inferida sobretudo dos depoimentos de enfermeiros e médicos com mais anos de atividade profissional, que frequentemente recordaram experiências anteriores e estabeleceram raciocínios por paradigma e analogia. Para além destas comparações, a utilização de expressões como “eu lembro-me de um caso”, “já tive casos”, “normalmente o que se tenta” e “quando alguém tem um problema como este” constituem uma consideração das circunstâncias específicas de casos anteriores que, inevitavelmente, moldaram o juízo ético do profissional relativamente ao caso apresentado (16).

Relativamente à resolução dos casos, a utilização da casuística para tomada de decisão apresenta algumas limitações. Por um lado, requer um repertório de casos que incorpore as circunstâncias e situações próprias dos CSP, que possam servir de analogia. Por outro lado, é uma corrente da ética complexa, que exige uma elevada habilidade crítica para que possa ser aplicada de forma eficaz, o que pode ser um desafio para profissionais de saúde que já estão sobrecarregados com as suas

responsabilidades diárias. Devido a esta complexidade, poderá ser desafiador aplicá-la em para situações de conflito ético, onde é necessário considerar múltiplas perspetivas e valores (44). Nestes casos, poder-se-á requerer uma abordagem mais flexível, como a Ética do Cuidado, para encontrar soluções éticas que considerem as necessidades e interesses de todas as partes envolvidas.

A Ética das Virtudes foi também inferida em algumas respostas, apesar de amplamente menos utilizada. Esta teoria, que se concentra na importância das características pessoais e virtudes morais, poderá ser vista como subjetiva e individualista, ao contrário do Princípioalismo e Cuidado, que apesar das suas limitações (44,52), fornecem princípios concretos de orientação para a tomada de decisão ética. A sua aplicabilidade prática exige que médicos e enfermeiros desenvolvam as suas virtudes morais, o que pode ser desafiador num mundo em que o agir virtuoso é frequentemente associado ao seguimento de regras e normas sem nenhuma referência aos valores individuais do profissional.

Propõe-se, no entanto, a ajudar as pessoas a desenvolverem bons traços de caráter, nomeadamente o respeito, a honestidade, a confiança, a paciência, a coragem, a bondade e a generosidade, permitindo que o profissional possa tomar decisões moralmente corretas (5). Assim sendo, deverá ser vista como complementar, e não oposta, às restantes teorias referidas na presente investigação, pois a sua consideração conjunta poderá ajudar os profissionais de saúde a abordar questões complexas de uma forma mais integrada (4,11,12).

### **Pontos fortes**

O presente estudo, que se propôs a dar continuidade ao trabalho desenvolvido por José Augusto Rodrigues Simões, tratou-se de um dos primeiros na área da Ética nos CSP, realizados em Portugal, com incidência sobre enfermeiros e médicos. De tipologia exploratória e qualitativa, serviu-se da entrevista semi-estruturada, um método flexível e robusto que constituiu uma abordagem inovadora à temática. Estas permitiram obter uma elevada qualidade e quantidade de informação, pois a entrevista encoraja uma elevada personalização da conversa e adaptação das respetivas perguntas à experiência pessoal de cada entrevistado. Considera-se que se obteve uma boa saturação do discurso – o verdadeiro indicador do tamanho da amostra num estudo qualitativo – que permitiu obter uma ampla variedade de respostas assim como uma compreensão profunda do objeto em estudo, requeridos pela exigência deste trabalho.

### **Limitações**

O presente estudo admite várias limitações. A pertença do investigador a um dos grupos de profissionais em estudo poderá constituir um filtro na formulação de questões e, sobretudo, na compreensão das respostas às mesmas.

Nos entrevistados, o enviesamento poderá ter sido proporcionado por limitações de disponibilidade de tempo, que condicionam a profundidade das respostas, e pela dificuldade perceptível em abordar tópicos sensíveis, limitando a honestidade nas mesmas.

Relativamente à metodologia, uma das principais limitações é a dificuldade em garantir a representatividade da amostra. De facto, não se obteve equidade participativa dos sexos, o que poderá constituir um viés nas respostas. Por outro lado, não é possível fazer a inferência de relações de causa e efeito. À luz de próximas investigações, apesar de se considerar que houve boa saturação do discurso, seria importante estender este estudo às áreas abrangidas pelas restantes ARS, pois poderão existir diferenças de cultura organizacional entre os ACeS que impeçam de generalizar os dados obtidos.

## **Conclusão**

Este trabalho demonstrou a robustez e flexibilidade das entrevistas semi-estruturadas na exploração das problemáticas resultantes da interação entre os vários intervenientes dos Cuidados de Saúde Primários, assim como as teorias éticas consideradas na tomada de decisão, potenciando a capacidade de resolução destes problemas e contribuindo para o conhecimento científico nesta área. No entanto, as limitações apresentadas justificam mais investigações que possibilitem aprofundar o conhecimento da bioética nos CSP, de forma a poderem ser estabelecidas normas orientadoras, devidamente fundamentadas em princípios éticos sólidos e diversos, que tenham em conta as mudanças económicas, sociodemográficas e de saúde pública a que assistimos. O presente estudo constitui, assim, um apelo para a melhoria das políticas públicas do sistema de saúde, assim como das condições deficitárias apontadas pelos entrevistados, que privam o utente da equidade e acesso à saúde. Numa era de marcada progressão tecnológica, com o risco evidente de objetificação da doença do utente, urge a necessidade de reivindicar o seu estatuto de pessoa e de se apelar a esforços de humanização das relações com o médicos, enfermeiros e instituições de onde recebe cuidados, considerando-se fundamental a educação para os problemas éticos, que resultará num maior sensibilidade e competência para enfrentar os exigentes desafios próprios dos CSP.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus orientador e co-orientadora, Prof. Doutor José Augusto Simões e Prof. Doutora Sónia Margarida Coelho por todo o apoio e dedicação ao longo deste projeto.

Agradeço a todos os profissionais de saúde pelo seu interesse pela temática, que voluntariamente despenderam algum do seu escasso tempo livre para participarem nas entrevistas e me terem possibilitado levar a cabo este projeto.

Agradeço aos médicos e pensadores que me educaram no raciocínio e conhecimento médico, na arte de verdadeiramente cuidar o próximo: Luiz Miguel Santiago, António Vidinha Pereira e João Pina.

Agradeço à Solange, minha amiga, namorada e companheira, por se ter cruzado comigo num belo fim de tarde de Março; pelo carinho, esperança e tranquilidade que sempre me ofereceu; pelo alento e paciência, que me permitiram encarar este projeto com felicidade.

Agradeço à minha família alargada, por todo o humor e apoio em todas as horas: ao António, Ilda e Manuel Taborda, amigos e avós emprestados que me apoiaram incondicionalmente ao longo destes seis anos; ao Sebastien e Luísa; ao Alfredo e Alex, irmãos de e para sempre, cuja absoluta compatibilidade não tento explicar; à Mariana Azeredo e Verónica, minhas companheiras sempre longe e sempre perto; ao Fernando, Manuel e Ricardo, amigos em todas as aventuras; aos meus amigos de sempre, Pedro, Paiva e Diogo, que mesmo sem saberem me transportam para o meu porto de abrigo e me fazem descomplicar todas as vicissitudes da vida; à Laisla e Mariana Amaral, psicólogas brilhantes, amigas inabaláveis, a quem felizmente o acaso me uniu.

A todos aqueles que, ao longo da minha vida, de uma forma ou de outra, me levaram um pouquinho mais perto deste caminho

Agradeço ao meu pai, irmã e em especial à minha mãe, minha orientadora de e para todo o sempre, a quem eu devo tudo; a sua dedicação à violenta área do acompanhamento penitenciário e sua enorme capacidade e perseverança em melhorar o mundo com pequenos grandes gestos, inspiraram o meu pensamento moral e vontade de aprender o pensamento ético. Dedico-lhe esta tese de cujo ventre, sobretudo, é fruto.

## Referências

1. Ramalho, L. Acesso aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Condicionantes e Estratégias [tese de mestrado]. ISCTE-IUL; 2021.
2. Simões, C., Araújo, I., Araújo, N., Fernandes, F., y Sousa, L. Principais problemas éticos nos cuidados de saúde primários. *Suplemento digital Rev ROL Enferm* 2020; 43(1): 272-281.
3. Sakellarides, C. Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias. *Acta Med Port.* 2020 Feb 3;33(2):133–42.
4. Sganzerl, A., de Siqueira, J., Guérios, TR. Ética das virtudes aplicada à deontologia médica. *Revista Bioética.* 2022 Jul 1;30(3):482–91.
5. Simões, J. Ética e Cuidados de Saúde Primários: um estudo descritivo em centros de saúde. PhD [Dissertação]. Universidade de Aveiro. 2015.
6. Varkey, B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. Vol. 30, *Medical Principles and Practice.* 2021. p. 17–28.
7. Nora, C., Zoboli, E., Vieira, M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. 2015.
8. Neves, M., Soares, J. Ética Aplicada: Saúde. 2018. p.31–124.
9. Giannetta, N., Villa, G., Pennestrì, F., Sala, R., Mordacci, R., Manara, D. Ethical problems and moral distress in primary care: A scoping review. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health.* MDPI; 2021.
10. Gágyor, I., Heßling, A., Heim, S., Frewer, A., Nauck, F., Himmel W. Ethical challenges in primary care: A focus group study with general practitioners, nurses and informal caregivers. *Fam Pract.* 2018 May 19;36(2):225–30.
11. Amer, A. Understanding the Ethical Theories in Medical Practice. *Open J Nurs.* 2019;09(02):188–93.
12. Bayão, T., Gomes, A., Siqueira-Batista, R. Bioética e Atenção Primária em Saúde: conflitos éticos vividos na Estratégia de Saúde da Família. 2021 Aug 24;12(2).
13. [www.arscentro.min-saude.pt](http://www.arscentro.min-saude.pt) [Internet] Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/Pages/default.aspx> [accessed the 21st November 2022]
14. Bardin, L. *Análise de conteúdo.* 9th ed. 2011.
15. Sousa, J. *Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa.* *Revista Pesquisa e Debate em Educação.* 2020 Dec 31;10(2):1396–416.
16. Zoboli, E., Fortes, P. *Bioética e Atenção Básica: um estudo de ética descritiva com médicos e enfermeiros do programa saúde de família.* 2003.
17. Olaisen, R., Schluchter, M., Flocke, S., Smyth, K., Koroukian, S., Stange, K. Assessing the longitudinal impact of physician-patient relationship on functional health. *Ann Fam Med.* 2020;18(5):422–9.
18. Simas, K. , Simões, P., Gomes, A., Costa, A., Pereira, C., Siqueira-Batista, R. (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2016 May;21(5):1481–90.
19. Beltran-Aroca, CM., González-Tirado, M., Girela-López, E. Ethical issues in primary care during the coronavirus (SARS-CoV-2) pandemic. Vol. 47, *Semergen. Ediciones Doyma, S.L.;* 2021. p. 122–30.



20. Cruz, J. Ética das virtudes: em busca da excelência. *Rev Med (Rio J)*. 2020 Dec 20;99(6):591–600.
21. Cole, J., Kiriaev, O., Malpas, P., Cheung, G. ‘Trust me, I’m a doctor’: a qualitative study of the role of paternalism and older people in decision-making when they have lost their capacity. *Australasian Psychiatry*. 2017 Dec 9;25(6):549–53.
22. Lima, A., Machado, F. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. *Revista Bioética*. 2021 Mar;29(1):44–54.
23. Oliveira, A. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros e médicos na estratégia saúde da família. PhD [dissertação]. Universidade do Porto. 2013.
24. Skipworth, A. Systematic Review of the Association between Cultural Competence and the Quality of Care Provided by Health Personnel [Internet]. 2021. Available from: <https://scholarworks.gvsu.edu/honorsprojects>.
25. Tan N, Li S. Multiculturalism in Healthcare: A Review of Current Research into Diversity Found in the Healthcare Professional Population and the Patient Population. *International Journal of Medical Students*. 2016 Dec 27;4(3):112–9.
26. Cruz, R. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia*. 2017;11–6.
27. Camarneiro, A. Therapeutic adherence: contributions to understanding and intervention. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2021;5(7).
28. Carratalá-Munuera, C., Cortés-Castell, E., Márquez-Contreras, E., Castellano, J, Perez-Paramo, M., López-Pineda, A., et al. Barriers and Solutions to Improve Therapeutic Adherence from the Perspective of Primary Care and Hospital-Based Physicians. *Patient Prefer Adherence*. 2022 Mar;Volume 16:697–707.
29. da Costa, F., Pedro, A., Teixeira, I., Bragança, F., da Silva, J., Cabrita, J. Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. *Int J Clin Pharm*. 2015 Aug 2;37(4):626–35.
30. Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract*. 2015 Nov;69(11):1257–67.
31. Mcdonald, M., Shenkman, L. Health Literacy and Health Outcomes of Adults in the United States: Implications for Providers [Internet]. Vol. 16, *Internet Journal of Allied Health Sciences Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice and Practice*. 2018. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp>
32. Nurchis, M., Sessa, G., Pascucci, D., Sassano, M., Lombi, L., Damiani, G. Interprofessional Collaboration and Diabetes Management in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis of Patient-Reported Outcomes. Vol. 12, *Journal of Personalized Medicine*. MDPI; 2022.
33. Von Buedingen, F., Hammer, M., Meid, A., Müller, W., Gerlach, F., Muth, C. Changes in prescribed medicines in older patients with multimorbidity and polypharmacy in general practice. *BMC Fam Pract*. 2018 Jul 28;19(1).
34. Mitchell, P., Cribb, A., Entwistle, V. Patient Safety and the Question of Dignitary Harms. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 2023 Feb 17.
35. Hatfield, TG., Withers, TM., Greaves, C. Systematic review of the effect of training interventions on the skills of health professionals in promoting health behaviour, with meta-analysis of subsequent effects on patient health behaviours. Vol. 20, *BMC Health Services Research*. BioMed Central; 2020.
36. She, A., Zarour, M, Alenezi, M., Sarkar, A., Agrawal, A., Kumar, R., et al. Healthcare data breaches: Insights and implications. Vol. 8, *Healthcare (Switzerland)*. MDPI AG; 2020.

37. Oliveira, M., Santos, L., Sarmiento, M. Portugal's primary health care human resources assessment. *Eur J Public Health*. 2020 Sep 1;30(Supplement\_5).
38. Holmér, S., Nedlund, A., Thomas, K., Krevers, B. How health care professionals handle limited resources in primary care – an interview study. *BMC Health Serv Res*. 2023 Dec 1;23(1).
39. Quintal, C., Antunes M. Equidade na Utilização de Consultas Médicas em Portugal: Na saúde e na Doença, na Riqueza e na Pobreza? *Acta Med Port*. 2020 Feb 3;33(2):93–100.
40. Luísa, M., Teixeira, F. Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde: a associação com a multimorbilidade. *Mestrado em Saúde Pública*. 2020.
41. Rasmussen, EB., Rø, KI. How general practitioners understand and handle medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract*. 2018 Dec 2;19(1):50.
42. Maio, G. Fundamentals of an Ethics of Care. In: *Care in Healthcare*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 51–63.
43. Lyon, W. Virtue and medical ethics education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2021 Dec 27;16(1):2.
44. Leite, D., Pessalacia, J., Braga, P., Rates, C., Azevedo, C., Zoboli, E. Uso da casuística no processo ensino-aprendizagem de bioética em saúde. *Revista Bioética*. 2017 Apr;25(1):82–8.
45. Butler, R., Monsalve, M., Thomas, GW., Herman, T., Segre, A., Polgreen, P., et al. Estimating Time Physicians and Other Health Care Workers Spend with Patients in an Intensive Care Unit Using a Sensor Network. *Am J Med*. 2018 Aug;131(8):972.e9-972.e15.
46. Leirbakk, M., Dolvik, S., Magnus, J. The advantages of home visits compared to providing care in a clinic setting. *Eur J Public Health*. 2017 Nov 1;27(suppl\_3).
47. Bernabé, M. Ética do cuidado e alteridade na sociedade do cansaço de Byung-Chul Han. *Revista Aurora*. 2022 Oct 18;15(1):115–30.
48. Martins, B., Caniço, H., Silva, J. Prevenção secundária e terciária do alcoolismo nos Cuidados de Saúde Primários. 2013.
49. Pellizzaro, N. A amizade na perspectiva de M. Foucault. 2015 Dec;113–26.
50. Kitzinger, R., Gardner, J., Moran, M., Celkos, C., Fasano, N., Linares, E., et al. Habits and Routines of Adults in Early Recovery From Substance Use Disorder: Clinical and Research Implications From a Mixed Methodology Exploratory Study. 2023 Jan 11.
51. Rocha, P. A Procura de Cuidados de Saúde Urgentes em Portugal. 2020.
52. Garrafa, V., Martorell, L., Nascimento, W. Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saúde e Sociedade*. 2016 Jun;25(2):442–51.

**Anexos**

**Anexo I. O Meu Compromisso, documento de consentimento informado entregue aos entrevistados.**

**O MEU COMPROMISSO**

**Estudo qualitativo com recurso a entrevistas de profissionais de saúde no contexto da Tese de Mestrado**  
**“Ética e Cuidados de Saúde Primários em Portugal”**

Os objetivos deste estudo são identificar e caracterizar os problemas éticos vivenciados por médicos e enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, decorrentes não só das relações com os pacientes e seus familiares, mas também dos que surgem na relação entre os profissionais de saúde e os potenciados pela própria organização do sistema de saúde.

E descrever como lidam habitualmente com os problemas identificados.

Confirmo que expliquei ao profissional de saúde, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao estudo acima referido.

Que a gravação se destina a obter o máximo de informação possível, sendo posteriormente destruída.

Que os dados obtidos das gravações áudio se destinam exclusivamente a serem apresentados no âmbito do Trabalho Final, sendo discutidos entre pessoas com formação médica e de enfermagem.

Garanto que há ocultação de dados de identificação da pessoa e que não será exibida a sua voz.

Garanto que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo à pessoa.

Nome do aluno:

João Filipe Pinto Camelo Lobo Pereira

Data ...../...../..... Assinatura .....

Orientadores

José Augusto Rodrigues Simões, Médico, Professor, FMUC

Sónia Margarida dos Santos Coelho, Enfermeira, Professora, ESEnfC

+++++

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE UMA PÁGINA E FICA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## **Anexo II. Casos abordados no momento 2 da entrevista.**

**Caso 1:** O senhor J., hipertenso e diabético, faz pedidos frequentes de cuidados que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. No entanto, os seus valores de tensão arterial e de glicemia são sempre elevados. O médico e a enfermeira da equipa onde ele está inscrito tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia que passa sentem-se tentados e deixar de investir nele os seus esforços.

**Caso 2:** Ninguém sabe o que levou a E. a tornar-se dependente do álcool, mas a sua vida afetiva sempre tinha sido complicada. A nível do serviço, de vez em quando, surgiam algumas queixas dos doentes e colegas sobre o seu mau humor e alguns gestos bruscos. Notava-se-lhe grande instabilidade, saía frequentemente do serviço, sentia-se um hálito alcoólico quando alguém dela se aproximava, mas ninguém tinha tido coragem para a confrontar diretamente. Um dia, o familiar de um doente fez uma participação por escrito, queixando-se do seu atendimento e acusando a equipa de saúde de cumplicidade neste estado de coisas.

**Caso 3:** F., de 46 anos de idade, foi à Consulta Aberta/Complementar do Centro de Saúde, por não ter Médico de Família, tal como mais 3.000 pessoas na área, por insuficiência de médicos no Centro, queixando-se de desconforto num dos seios. A médica ouviu-a, fez-lhe um exame sumário e requisitou uma mamografia a ser efetuada na cidade a 50 Km de distância. Dois meses depois voltou à consulta, o médico era outro e no relatório o radiologista dizia não poder concluir sem uma ecografia. Nova requisição e novo exame na cidade. Dois meses depois nova consulta e terceiro médico a consultá-la no Centro de Saúde, é necessário a sua referenciação ao Hospital por lesão mamária suspeita pelo que lhe é passado o respetivo P1. Recebeu um postal para ir à consulta hospitalar seis meses depois da consulta ter sido pedida. A decisão foi ir fazer exames analíticos pedidos pelo Centro de Saúde e voltar para punção-biopsia do nódulo. Novas consultas, novas credenciais e mais três meses de espera. Vista dois meses depois da punção-biopsia deram-lhe a decisão final: tem de ser operada, aguarde o postal a chamá-la para a operação. Esperou seis meses e nada recebeu. Pediu ao filho da patroa, onde trabalhava a dias, que tinha um colega médico, que lhe desse uma ajuda e passado um mês foi internada pelo serviço de urgência e operada: tumor maligno com metástases ganglionares.

Muito obrigado pela sua participação.

**Anexo III. Verbalizações dos problemas éticos identificados no momento 1 (próximas 4 páginas).**

<b>1. Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias</b>	
<b>1.1 Aspetos da relação propriamente dita</b>	
Limites da relação M4, M5, M6	(M5) “(...) temos que ser empáticos com a pessoa, mas não deixar que essa empatia e essa relação de proximidade tolde a nossa decisão; às vezes essa decisão é um pouco difícil, é um equilíbrio um pouco periclitante (...)” (M6) “(...) por eles estamos constantemente a falar com eles, e eu respondia inicialmente, mas eles respondiam-me logo de volta, aquilo era tipo chat, era difícil haver ali um limite (...)”
Interferência no estilo de vida M7, M10, E3	(M10) “Porque é que (...) eu ter um doente obeso, que sabe que é obeso, que sabe o que é que tem que fazer, que sabe que tem que andar mais a pé, que sabe que tem que melhorar a alimentação mas que gosta de comer, não gosta de andar a pé, porque é que eu tenho que lhe dizer isto em todas as consultas (...)”
Pré-julgamento M1, M3, M4, E2, E6	(M3) “ (...) depois estamos nós a julgar à cabeça, mas temos mesmo que sair daquele sítio da história do Pedro e do Lobo que é para não fazer julgamentos (...)” (E2) “(...) Muitas vezes sem querer, temos uma atitude moralista perante o outro, e a pessoa sente-se julgada, não é?”
Preconceito cultural M7, E6	(M7) “(...) em termos de outras nacionalidades, noto muitos brasileiros (...) todas grávidas, todas cheias de sífilis (...)” (E6) “(...) às vezes põe-se aquela questão “ei lá vem o cigano, vai-me dar conta da cabeça, o que é que ele querará?”
Barreiras culturais, linguísticas e religiosas M8, M9, M10, M11, E6, E8	(M9) “(...) Principalmente pela língua, nomeadamente nos utentes nepaleses que não falam inglês ou que falam mal (...) aí é muito difícil.” (M10) “(...) teres doentes estrangeiros indica que tens que combater a tua iliteracia na cultura daqueles doentes.” (E6) “(...) noto que ali o entrave da língua é um bocadinho complicado; depois com os brasileiros e com os angolanos, é um bocadinho com a cultura, eles têm uma cultura diferente (...)”
Paternalismo M3, M5, M10, E4, E5	(M3) “(...) temos também aquele extremo dos médicos que continuam a ser extremamente paternalistas (...)” (M10) “(...) o paternalismo pode ser a outra face da moeda da literacia em saúde, quase o oposto sim.” (E5) “(...) às vezes esta situação talvez nos colegas mais velhos, que acabam por até estereotipar um bocadinho a situação (...)”
Desrespeito E7	(E7) “O primeiro dia que eu chego à minha extensão, ouço ela a dizer em discussão com o utente: se quiser tiro a minha bata e vou lá fora resolver o problema (...)”
<b>1.2 Aspetos relativos ao projeto terapêutico</b>	
Indicações clínicas imprecisas E3, E4	E4 “alguém comenta com a senhora que ela não devia ter feito aquela medicação (...) o médico responde que a enfermeira é que não administrou bem a medicação (...)”
Custos terapêuticos M6, M8, E4, E5, E8	M8 “(...) uma delas era especificamente porque, sendo o medicamento tão caro, e sendo duas vezes por dia, achava como não sentia diferenças, que podia fazer apenas 1 comprimido, e não dois.” E5 “ (...) não têm capacidade de ir a um oftalmologista numa consulta privada (...) muitas delas acabam por ter (...) agravamento de problemas de saúde exatamente por isso.”
Solicitação de procedimentos M2, M3, M5, M9, E3, E4	M5 “ (...) é uma coisa muito comum (...) solicitações por exemplo de anti inflamatórios (...)” E4 “ (...) é muito habitual, queixarem-se que o médico não quis saber, que não lhe pediu os exames (...)”
Não adesão terapêutica M2, M5, M9, M10, E8	M10 “(...) percebeu completamente o esquema e no fim disse-me que aquilo era tudo muito bonito mas que ele não ia usar (...)” M10 “(...) estou-me a lembrar da tradicional colonoscopia, porque apresenta sintomas e o doente não quer fazer pura e simplesmente porque não.”
Prescrições de medicamentos mais caros E7	E7 “(...) uma utente veio ter comigo a dizer que o medicamento estava esgotado e que o farmacêutico lhe disse que podia fazer o outro que era mais barato e tinha o mesmo efeito; (...) perguntei à colega que estava, e ela referiu que efetivamente poderia fazer aquele medicamento - portanto são prescritos mais caros quando há outros com o mesmo fim terapêutico.”
<b>1.3 Aspetos relativos à informação</b>	
Comunicação inadequada M1, M5, E4, E5	M1 “(...) acho que se calhar deveria ter evitado o comentário; é óbvio que eu, analisando agora, se calhar devia ter evitado mas na altura não o fiz propositadamente, não é? (...) a mãe também foi muito reativa àquilo que eu disse”
Omissão de informação M3	M3 “(...) disse-me que preferia que a consulta da filha tivesse sido comigo porque era uma consulta de avaliação para a rapariga ser mandada para a maternidade,

	nomeadamente para uma consulta de aborto (...) a minha orientadora (...) não aceita essas questões do aborto e é contra, e eu por outro lado (...) sou a favor da despenalização (...) mostrei a minha posição, pronto, está tudo bem, se ela quiser fazer isso faz, vai fazer o aborto, mas tudo com pés e cabeça, tudo bem decidido.”
Conseguir adesão terapêutica M4, M8, M10, E5	(M10) “ Foi o que eu lhe disse: eu vou lhe tornar a falar disto eventualmente, mas compreendo perfeitamente, aceito que o senhor não queira mas já fiquei contente por ter percebido e por ter tomado uma decisão com algum conhecimento de causa” (E5) “a pessoa, desde que com capacidade para tal, tem responsabilidade no seu processo de saúde, mas do ponto de vista profissional, também temos de compreender, basicamente dotá-la das ferramentas certas para tal (...)”
Iliteracia em saúde M7, M8, M9, M10, M11	M8 “(...) acho que a própria DGS podia fazer alguma coisa em termos da literacia em saúde da população, acho que os utentes no geral não sabem muito bem usar os recursos em saúde nem otimizá-los (...)” M10 “(...) , quanto mais literacia em saúde houver, quanto melhor nós soubermos fazer passar a mensagem e explicar às pessoas o racional (...) nós não fazemos as coisas por crenças, por acreditar em magias, nós somos cientistas e fazemos as coisas porque estamos à espera de um determinado efeito (...)” M11 “(...) Que temos um grande nível de iliteracia, temos.”
<b>1.4 Privacidade e confidencialidade</b>	
Quebra da confidencialidade M1	(M1) “(...) acabo por fazer comentários com algum membro da família sobre alguma situação que vimos sobre outra situação que vimos com outra pessoa que se calhar não devíamos fazer.”
Quebra da privacidade M2, M3, M4 M9, M11 E5, E6, E7	(M3) “ (...)também já te quebra ali a consulta e depois não apanhas o fio à meada – como pode ser muito mais tempo, e isso depois tira-te tempo de consulta e depois a agenda fica uma bola de neve complicada de gerir.” (M4) “(...) era uma das minhas grandes guerras (...)” (E7) “às vezes vou à sala chamar um utente, entretanto sou abordada por outro que quer dar uma palavrinha, e que acaba por começar a ter a conversa ali (...)”
Ausência de CI M5, M11	(M5) “(...) nas situações em que não tenhamos, obviamente que temos que agir com cautela porque pode haver situações que possam ser desagradáveis.” (M11) “(...) , às vezes a família aparece a pedir alguns dados clínicos depois do utente falecer e nós ficamos com dúvidas se podemos fornecer à família sem termos um consentimento prévio do utente (...)”
Partilha de informação desnecessária M3, M5, M10, E2, E4, E8	(M3) “(...) nós às vezes vemos um caso interessante e comentamos – não era suposto, mas isso acontece. No ideal, não aconteceria, o que acontece no gabinete deveria ficar lá dentro e não sair cá para fora (...)”
Acesso a informações relativas à intimidade da vida conjugal/familiar M4, M5, M10	M5 “(...) acaba por ser aqui uma situação ética um pouco difícil porque por um lado temos que preservar o direito ao sigilo da pessoa, mas por outro lado também temos que preservar a evicção da transmissão da doença a outra pessoa, e sendo ambos nossos utentes, a situação ainda é mais complicada.”
Domicílios E7	(E7) “(...) as minhas colegas utilizavam a taxista, que ia dentro do domicílio auxiliar no posicionamento do utente, e eu nunca autorizei isso e dei logo conta ao meu chefe que não ia permitir que isso acontecesse comigo (...)”
<b>2. Problemas éticos na relação com a equipa</b>	
Confidencialidade M3	(M3) “(...) claro que nós não vamos dizer, por muito que não gostemos da pessoa: ah sim, sim, fez mal - não. Muita gente faz isso, acho que somos um bocado conhecidos por isso, infelizmente (...)”
Alteração da prescrição M4	(M4) “ (...) se faz uma carta a propor as alterações, tudo bem, agora se de repente muda-se, não, porque cria inclusivamente um problema de desconfiança do próprio doente que não sabe afinal quem é que tem razão.”
Iliteracia M9, M10	(M10) “(...) a questão da literacia, funciona não só para o doente mas também para o lado de cá (...) o facto de teres doentes estrangeiros indica que tens que combater a tua iliteracia na cultura daqueles doentes.”
Falta de colaboração M3, M4, M8, M9, M11, E3, E4, E6, E7	(M8) “(...) acho uma coisa muito significativa na nossa classe profissional que é de: eu não preciso, os outros é que precisam - e esta falta de consciencialização e legitimação das necessidades não é apenas pessoais ou individuais mas enquanto classe (...)” (E3) “(...) era pouco humilde, muito intolerante e muito imaturo na profissão (...)”
Falta de compromisso M4, E3, E4, E6, E7	(M4) “(...) é curioso que há casos de médicos que trabalham nos dois lados, e trabalham de maneira diferente num e noutro lado. E eu sei desses casos.” (E3) “(...) entretanto resolveu abrir um consultório na privada e tudo o que era consultas de atividade começaram a deixar de existir, ele levava tudo para a privada (...)” (E4) “(...) acabamos por ir nós enfermeiros sozinhos, porque o médico não nos vai acompanhar nesse momento, e acabamos por ficar num dilema brutal porque

	chegamos a casa do doente, o doente está na expectativa de ver o médico e nós acabamos por arranjar uma desculpa qualquer (...)
Omissão do profissional face a indicações clínicas imprecisas M9, E4	(E4) "(...) ele prescreveu um determinado fármaco (...) alguém comenta com a senhora que ela não devia ter feito aquela medicação (...) e o médico responde que a enfermeira é que não administrou bem a medicação (...)"
Limites de responsabilidade M4, M9, E7	(M4) "Há muitas vezes essa dificuldade, em particular em gente mais jovem. Acontece porque é uma guerra de poder e de afirmação (...)" (E7) "(...) dirigiu um email ao conselho clínico sem o meu conhecimento (...) eu entendi aqui como um estar-se a sobrepor, uma vez que ela está no mesmo nível hierárquico que eu, porque não tem legalmente funções de chefia (...)"
Desrespeito M4, M6, M11, E7	(M4) "(...) curiosamente o desrespeito do médico com o enfermeiro acontece mais quando é referido o enfermeiro nas coisas médicas. O desrespeito formal sob o ponto de vista da relação é sobretudo de baixo para cima, é sobretudo no desrespeito de profissionais de profissões que querem assumir papel importante, e acham que vão ser importantes." (M11) "também quando os colegas internos de especialidade estão nos estágios hospitalares é frequente serem bombardeados com comentários pejorativos acerca da especialidade de medicina geral e familiar (...)" (E7) "(...) houve aqui uma falta de respeito interpares, neste caso da mesma classe, que me desagradou bastante (...)"
<b>3. Problemas éticos nas relações com a direção e o sistema de saúde</b>	
<b>3.1 Problemas relativos à UF</b>	
Problemas estruturais M5, M7, M10, M11, E6, E8	(M5) "(...) mudanças do aquecimento, de iluminações, de mofo nas paredes que a gente precisa também de fazer uma mudança grande no centro de saúde, estamos a aguardar há algum tempo, infelizmente demora sempre algum tempo essa questão." (M10) "(...) praticamente todo o material médico que tenho no meu gabinete fui eu que comprei; poderás pensar "ah não pedi", pedi, não veio (...)" (E6) "(...) em termos de material e infraestruturas se pudéssemos escolher, melhorávamos um bocadinho (...)" (E8) "(...) a nível do acesso dos domicílios, não temos transportes, andamos de táxis, não faz sentido nenhum (...)"
Falta de apoio estrutural para discutir e resolver questões M8, M9, E6, E7	(E7) "(...) quando são precisas ajudas reais e resoluções de problemas reais, aí há alguma coisa que fica um bocadinho à descoberta (...)"
Falta de transparência da direção M4, E7	(M4) "Dando, entre aspas, benesse a uns e não dando a outros." (E7) "(...) claro que isto meteu política à mistura, e eu fui manifestar o meu desagrado, e portanto a coordenadora diz que foi uma decisão do DE, o DE diz que isso foi da formação, portanto alguém aqui está a mentir: quem, não sabemos (...)"
Falta de privacidade por rotinas no centro de saúde M6, M7, M9, M11, E1, E4, E5, E7	(M6) "(...) os administrativos (...) acabam por perguntar qual é o motivo da urgência, porquê querer uma consulta do dia, e aí coloca-se a questão do sigilo, porque na sala de espera os utentes têm uma fila atrás (...)" (E4) "(...)privacidade lá às vezes é um bocadinho difícil porque temos muito poucos gabinetes."
Mudança de médico de família M9, E5	(M9) "não podemos expulsar a pessoa do ficheiro, tem que ser a própria pessoa a pedir a mudança, e isso muitas vezes não acontece (...) ou opta por ficar sem médico, ou mantém-se comigo." (E5) "(...) decidir por quem querem ser vistas, isto é, nem sempre se identificam com o médico de família e muitas vezes isto faz com que abandonem os CSP."
<b>3.2 Problemas relativos à rede de serviços de saúde</b>	
Articulação deficitária com apoios sociais M1, E8	(M1) "Muitas das situações que nós temos não são verdadeiramente situações médicas, são situações que precisavam de uma resposta social (...) não consegues o seguimento adequado para que ele deixe todas as outras razões que o levam a beber."
Excessiva necessidade de CI/proteção de dados M4, M8, M11	(M4) "(...) é preciso haver consentimentos informados para tudo? (...) estamos a chegar a um limite em que se calhar, qualquer dia, para se fazer uma palpação da barriga tem de haver consentimento informado." (M8) "(...) o que eu estou a ver neste momento é a dificuldade em eu conseguir prestar cuidados às pessoas por barreiras excessivas por essa proteção de dados (...)"
Falta de formação M1, M8, E1, E7	(M1) "(...) as administrativas estão muito aquém e não há nenhum investimento por parte do Ministério da Saúde para que haja essa formação (...)"

	(E7) “(...) eu não vejo uma auxiliar num congresso numa formação extra, limitam-se ao mínimo e o mínimo está longe de ser suficiente para os cuidados de excelência que queremos.”
Iniquidade no Acesso M1, M3, M5, M7, M10, E1, E3, E5	(E5) “(...) temos um desequilíbrio grande em termos do acesso à saúde, as pessoas com mais rendimentos acabam por ter a possibilidade de determinados acessos e atempadamente cuidados que outras não podem ter.”
Falta de recursos humanos M3, M5, M8, M11 E5, E7, E8	(M11) “(...) estamos numa altura em que há muita falta de recursos no serviço nacional de saúde, de recursos humanos, porque ele não é assim tão atrativo, e os recursos humanos estão a fugir (...)” (E7) “(...) há ali grande rotatividade, não há um médico fixo na extensão onde trabalho, é mesmo falta de recursos humanos (...)”
Falta de tempo para consultas M3, M5, M6, E3, E5, E6, E8	(E5) “(...) os timings são muito curtos para o tamanho de trabalho que nós temos (...)” (E8) “(...) 15, 20 minutos, não dão para fazer uma avaliação em condições (...)”
Ficheiro e carga horária excessivos M1, M3, M7, M10, E5, E8	(M3) “(...) quantas vezes nós não partimos para uma consulta completamente de rastos e continuamos sempre a fazer consultas, isto também não é bom para o utente.”
Falta de resposta às reclamações dos médicos M7, M8, M11, E7	(M7) “(...) não adianta de nada mandar mails, fazer exposições, durante anos fui coordenadora e não consegui fazer nada sobre isto (...)” (M8) “(...) quando nós identificamos algumas oportunidades de melhoria, elas têm impacto zero no sistema e depois vêm muito verticalizadas as informações e formações (...) não dão resposta a esmagadora maioria das vezes, a esmagadora mesmo (...)”
Informatização e fuga de M8, M9	(M8) “(...) ao estarem informatizados todos os dados de cada um de nós enquanto cidadãos, é muito mais fácil, se houver uma brecha do sistema, capturar informação compreensiva acerca de quem quer que seja, e depois vender ou manipular com essas coisas (...)”



**Anexo IV. Verbalizações das propostas de resolução dos problemas éticos identificados no momento 2.**

<b>Caso 1 – Desafio do Utente Frequente</b>	
<b>PRINCIPIALISTA</b>	(M2) “Referenciar-se. É uma coisa que sendo mantida é referenciar, para a cardiologia ou medicina interna, que neste caso é mais para a hipertensão, seria a medicina interna.”
<b>CUIDADO</b>	(M7) “(...) era preciso fazer a avaliação da família, do apoio social que o senhor tivesse, avaliação se estava a dormir, se estava ansioso, porque esta parte da saúde mental tem muita influência nas queixas físicas, não é?”
<b>PROFISSIONAL</b>	(E5) “(...) esta questão do investir nele ou não, eu acho que pessoalmente isso nem sequer é uma questão (...) devemos cumprir sempre, independentemente se ele cumpre ou não, isso depois transcende-nos, mas enquanto profissionais de saúde temos sempre que ter como linha de pensamento o melhor bem estar do utente.”
<b>Caso 2 – Dependência e Conflito na Equipa</b>	
<b>PRINCIPIALISTA</b>	(M8) “(...) acho finalmente que a própria medicina do trabalho e a tutela mais direta deveria reforçar em todos os profissionais que é importante e de valor ter não só a possibilidade ou de reportar ou de identificar a necessidade de processos de trabalho, no sentido de trabalhar dinâmicas das próprias pessoas juntamente da medicina ocupacional, que é uma coisa que nós não temos (...)”
<b>VIRTUDES</b>	(E2) “(...) tentava ter compaixão por ela para tentar perceber o que é que a levou aquela situação e oferecia ajuda e tentava que ele própria conseguisse ver que naquele momento era um problema para o serviço e para os utentes.”
<b>CUIDADO</b>	(M4) “normalmente o que se tenta é que haja uma rede de apoio a este indivíduo (...) para lhe dar o apoio necessário a que ele mais tarde ou mais cedo possa perceber que está a ser ajudado e que as pessoas têm que o voltar a ajudar para que ele possa deixar o álcool se é essa a vontade dele (...) também o próprio reclamante deve ser chamado para lhe dizermos: tem toda a razão, aconteceu isto, olhe, vamos supor que era o senhor que tinha este problema, o que é que o senhor faria?”, estas coisas são bem importantes de ser feitas porque levam as pessoas a pensar doutra maneira.”
<b>PROFISSIONAL</b>	(M6) “Essa enfermeira tem que ser tratada e afastada do serviço até ficar tratada, não tem condições para tratar dos outros.”
<b>Caso 3 – Crise no acesso à Saúde</b>	
<b>PRINCIPIALISTA</b>	(M10) “Como é que isto se dá a volta: melhorando as condições dos profissionais; se os profissionais forem mais facilmente fixados no SNS, as pessoas começam a ter médico de família; se as pessoas começarem a ter médico de família, estas coisas não acontecem.”
<b>VIRTUDES</b>	(E2) “(...) assim que lhe foi pedida a mamografia acho que pedia logo a ecografia também, não esperava, correndo o risco até de estar a fazer alguma duplicação em termos diagnósticos eu pedia logo as duas coisas dado também as circunstâncias, a dificuldade da pessoa em se deslocar, a distância a que estava dos meios de diagnóstico e de facto não ter médico, não é?”
<b>CUIDADO</b>	(M6) “tem que se pegar num telefone e falar com o colega, fazer as coisas o mais rapidamente possível (...)”
<b>PROFISSIONAL</b>	(M1) “ (...)normalmente seria aquilo que eticamente estaria mais correto e que daria uma melhor resposta à doente, que é o primeiro medico que a viu, havendo uma suspeita (...) ser ele próprio a fazer o seguimento e dar a abertura à doente para ir ter com ele quando tivesse os exames. A questão que se coloca a seguir é, a gente se vai fazer isto com todos, também acabamos por não conseguir dar resposta a tudo (...)”

Anexo V. Aprovação da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	Tomado conhecimento e DESPACHO: deliberado homologado o parecer final de Comissão de Ética para a Saúde 19.01.2023
-----------------------------	---

ASSUNTO:	<p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. Título: "Ética e Cuidados de Saúde Primários em Portugal", Processo nº 126/2022. Autores: João Filipe Pinto Camelo Lobo Pereira, aluno de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Professor Doutor José Augusto Rodrigues Santos, Faculdade de Medicina da UC; Doutora Sónia Margarida dos Santos Coelho, Assistente Convidada da ESEnfC</p>
----------	---

Dr. Adria Ruivo  
Vogal,

Dr. Fernando Cravo  
Vogal,

O estudo proposto, observacional e qualitativo, tem como objetivos: identificar e caracterizar os problemas éticos vivenciados por médicos e enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, decorrentes das relações com os pacientes e seus familiares, da relação entre os profissionais de saúde e os potenciados pela própria organização do sistema de saúde; descrever como os profissionais lidam habitualmente com os problemas identificados; analisar as atitudes éticas dos profissionais de saúde perante os problemas identificados, bem como as justificações para as tomadas de decisão.

Como instrumento de colheita de dados será utilizada a entrevista a médicos e enfermeiros de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários do ACES Baixo Mondego, que aceitarem voluntariamente participar no estudo. Têm autorização para a realização do estudo do Conselho Clínico e de Saúde.

As entrevistas, após obtido consentimento, serão gravadas em áudio, transcritas, identificadas por códigos de modo a garantir o anonimato. Após a análise de dados, o ficheiro das entrevistas gravadas em áudio, será destruído.

Estando cumpridas as exigências éticas em projetos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

Coimbra, 18 de janeiro de 2023

Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento

Presidente da Comissão de Ética da Saúde - ARSC

(Carlos Fontes Ribeiro)