



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A PERCEÇÃO DA EQUIDADE E DA SATISFAÇÃO NO ACESSO A CUIDADOS
NA CASA DE SAÚDE SÃO MATEUS, SA HOSPITAL PRIVADO

**Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Doutor em Bioética**

por

Aldina Neves Coimbra Lemos

INSTITUTO DE BIOÉTICA
OUTUBRO 2022



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A PERCEÇÃO DA EQUIDADE E DA SATISFAÇÃO NO ACESSO A CUIDADOS
NA CASA DE SAÚDE SÃO MATEUS, SA HOSPITAL PRIVADO

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Doutor em Bioética

Por Aldina Neves Coimbra Lemos

Orientador

Professor Doutor Carlos Costa Gomes

Coorientador

Professor Doutor Paulo Almeida Pereira

INSTITUTO DE BIOÉTICA

OUTUBRO 2022

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra à minha família, pilar estruturante da minha existência.

Às minhas filhas, Raquel e Rita, cujos rostos, diariamente, me inspiram a fazer mais e melhor, e fortalecem o firme desejo de procurar, a todo o instante, fornecer o meu humilde contributo para a criação de um mundo mais equitativo, justo e fraterno.

Parto das palavras de Fernando Pessoa, quando afirma que *«Ser feliz é encontrar força no perdão, esperança nas batalhas, segurança no palco do medo, amor nos desencontros. É agradecer a Deus a cada minuto pelo milagre.»* Amor, perdão, esperança, segurança e fé são, precisamente, os valores por que tenho procurado nortear a minha vida, firmando-os como um legado às minhas filhas.

Entendo que a vida que cada um de nós faz por levar adiante deverá revestir-se de significado, traduzindo-se na busca incessante de sonhos que nos preencham e nos ajudem a deixar a nossa pegada no mundo. E, quando esses sonhos passam por deixar escrito algo que pode melhorar a vida de outrem, é imperioso que tal suceda. A Raquel e a Rita constituem a principal catapulta deste sonho.

Ao meu marido, pela confiança, incentivo, esteio, e tudo aquilo de imaterial e intangível que não pode ser traduzido em palavras, por mais belas que sejam. Meu companheiro de jornada, com quem trilho um caminho comum há 27 anos, pleno de alegrias, conquistas, mas igualmente de adversidades. Juntos, ao longo deste período de tempo, partilhamos a vida matrimonial e o trabalho, conciliação muitas vezes penosa, mas fruto da qual conseguimos erguer e consolidar um conjunto de empresas pertencentes à Embeiral Group, SGPS, S.A, da qual faz parte a Casa de Saúde São Mateus, ponto de partida do presente trabalho.

Para finalizar, dedico esta dissertação a todos aqueles que diariamente entram nas portas da Casa de Saúde São Mateus, S.A, Hospital Privado, desejando que aí encontrem tudo o que ficou escrito nesta investigação.

AGRADECIMENTOS

O dever de agradecer é sempre um ato grandioso para quem contempla e para quem é contemplado.

Tendo em consideração que a motivação basilar que presidiu à elaboração dos trabalhos académicos que me propus levar a cabo teve como ponto comum a Casa de Saúde São Mateus, Hospital Privado, S.A, (um, aquando da tese de Mestrado, com a criação do Manual de Acolhimento e Integração dos seus colaboradores; outro, que ora me proponho defender, cujo objetivo é perceber as dinâmicas e as práticas mais adequadas ao alcance do bem comum, o bem melhor que se pretende para os utentes desta instituição, partindo da inegável premissa de que, na doença, a igualdade se torna cruelmente real - num hospital público ou privado, todos tombaremos numa cama de hospital, todos nos cingiremos à nossa suma fragilidade), não posso deixar de começar por manifestar toda a minha gratidão aos Senhores Professores que me acompanharam e guiaram nesta caminhada, tão repleta de realização quanto de dor.

Começo, assim, por agradecer, com bastante ênfase, ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Costa Gomes, cujas aulas de Bioética de imediato me fascinaram, pela simplicidade, mas profundidade das palavras, tão adequadas à vivência atual. Citando, bastas vezes, o Professor Doutor Daniel Serrão, proferiu sempre a imprescindibilidade da equidade no tratamento da pessoa humana, na sua integridade e na dignidade. Cativou-me, desde a primeira aula (a que assisti a 11 de maio de 2017) pela ética personalista e humanista, bem plasmada na afirmação recorrente - «O bem melhor e não apenas o bem

maior». O bem que atinge as pessoas concretas. Obrigada, amigo Professor Carlos Costa Gomes, pelas valiosas contribuições a este trabalho derradeiro, fontes inesgotáveis de conhecimento, segurança e excelência académica, associados a uma conduta humana irrepreensível e exemplar.

Agradeço, igualmente, ao meu coorientador, Professor Doutor Paulo Pereira (que já havia orientado a minha tese de Mestrado), pelo precioso contributo para a interpretação e análise dos resultados, pela sedimentação das ideias defendidas neste trabalho e pelos valiosos conselhos, sempre considerados ao longo da investigação.

Deixo também uma palavra de gratidão e amizade ao amigo Dr. Paulo Correia, pela presença e incentivo contantes ao longo deste percurso que encetámos juntos, durante o qual não faltaram palavras de motivação e alento, quando tudo parecia tornar-se mais difícil.

Agradeço, mais uma vez, às minhas filhas, pela fonte inspiradora de que se revestem em todos os quadrantes da minha vida. À Rita, também já economista, uma palavra singular pela forma crítica como me olhava e me ouvia, com o intuito de melhorar a minha perspetiva, as minhas reflexões, facto que tanto me motivou e me deu vontade de chegar ao fim.

E acabo por agradecer, novamente, ao meu marido, por permitir/compreender que tantas noites eu ficasse no escritório a escrever

Obrigada a cada um de vós por serdes quem sois e pelo marco que são na minha vida.

RESUMO

A saúde é um bem social. Contudo, nestes tempos de incerteza económica e financeira, naturalmente se levantam graves problemas no acesso a cuidados de saúde, especialmente no sistema de saúde privado, para pessoas com fracos recursos económicos, o que gera níveis de insatisfação dos utentes/clientes, levantando questões éticas relevantes no âmbito da justiça e da equidade.

Consideramos fundamental a adoção de políticas que promovam um Sistema Nacional de Saúde equitativo no acesso a cuidados de saúde física e mental e gerador de igualdade de oportunidades e de satisfação de todos os cidadãos.

A imprevisibilidade constante das mudanças no sistema de saúde e das reformas neste setor provoca desigualdades, colocando obstáculos ao setor privado da saúde, não só na sua capacidade de responder aos desafios económicos e financeiros, mas também relativamente às questões éticas de um acesso justo e equitativo das pessoas particulares e protocoladas que utilizam os serviços e cuidados de saúde da Casa de Saúde São Mateus – Hospital (CSSM-H).

Volvidos 61 anos de atividade da CSSM-H (1961-2022), algo se mantém inabalável - o respeito pelos valores humanos fundamentais do indivíduo. De facto, no decurso destes anos, naturalmente que houve mudanças na gestão e funcionamento desta emblemática instituição viseense. No entanto, houve igualmente constâncias, designadamente nos valores que sempre marcaram presença no dia a dia da Casa de Saúde São Mateus, agora Hospital Privado S.A.

Procurando nortear a sua ação por elevados padrões de ética, os gestores e os profissionais de saúde que dão corpo a este projeto pressupõem como bem melhor o valor

intrínseco da dignidade da pessoa humana, conforme nos apresenta e fundamenta a Bioética, como base do agir em saúde

O objetivo principal da nossa investigação pretende avaliar se existe ou não satisfação do utente/cliente relativamente à equidade no acesso a tratamentos/cuidados de saúde na CSSM-H. e perceber quais os constrangimentos que lhe estão associados, bem como os benefícios usufruídos por aqueles que procuram este serviço de saúde.

Com efeito, constata-se que, do ponto de vista da disponibilidade financeira, existem constrangimentos e, por isso, defendemos nesta investigação que o mercado das apólices dos seguros e da própria ADSE deve aumentar os seus serviços no nosso mercado nacional – com acesso global -, cativando indivíduos e empresas a elaborarem um plano de saúde, de modo a contribuírem mais ativamente para um melhor Sistema Nacional de Saúde (SNS). Com mais pessoas protocoladas, como propomos, a satisfação e a equidade no acesso a tratamentos e cuidados de saúde aumentam, promovendo, também, a qualidade dos serviços – públicos e privados –, na medida em que tal facto acarretará a diminuição dos tempos de espera das consultas de clínica geral, de especialidades, de exames de diagnósticos e das intervenções cirúrgicas. De acordo com o que tentamos evidenciar, o aumento de pessoas protocoladas vai contribuir para ajudar as pessoas mais necessitadas - as que não têm possibilidade de adquirir um seguro de saúde ou que não têm acesso à ADSE –, uma vez que a procura do setor privado, por parte dos menos carenciados, vai libertar o Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo, assim, um atendimento mais eficiente e mais eficaz no setor público, para aqueles que mais necessitam da ajuda do estado. E, se mais eficaz e mais eficiente, mais justo e equitativo para as pessoas mais vulneráveis economicamente, fomentando uma maior satisfação do utente/cliente, tendo em conta que os tratamentos e o atendimento, de pessoas protocoladas e não protocoladas, num Hospital Privado alivia o Hospital Publico,

propiciando um tratamento digno, e por isso mais equitativo, para com as pessoas mais necessitadas.

O nosso estudo traduz-se num trabalho de cariz observacional, exploratório, com abordagem transversal, que procura indagar sobre a satisfação e a perceção dos utentes/clientes (protocolados e não protocolados) relativamente à equidade na CSSM-H e identificar possíveis fatores de constrangimento ao acesso equitativo a tratamentos e cuidados de saúde. A recolha da informação, para dar resposta às questões suscitadas na investigação, assentou na aplicação do questionário elaborado pela investigadora. Trata-se de um inquérito original.

Palavras-Chave: Bioética, Justiça, Equidade, Satisfação do cliente

SUMMARY

Good health is a social asset. However, in these times of financial and economic uncertainty, it is inevitable that serious issues arise with regard to accessing healthcare; particularly within the private healthcare system for people on low incomes. This raises ethical questions relating to notions of justice and equity.

We believe in the importance of adopting policies to promote a National Health System [Sistema Nacional de Saúde] that will provide equitable access to healthcare, creating equal opportunities for all citizens. The constant unpredictability of changes to the healthcare system and reforms in this sector leads to a lack of equality, and puts obstacles in the way of the private health sector, not just in its capacity to respond to economic and financial challenges but also to ethical questions of fair and equitable access for the private and registered people who use the Casa de Saúde S- Mateus – Hospital (CSSM-H) health services.

In the 60 years of the CSSM-H's activities, from 1961 to 2021, fundamental human values, such as is the intrinsic value of human dignity, have always been evident in the day-to-day activities carried out at the Casa de Saúde São Mateus, now Hospital Privado S.A. Bioethics is the foundation for our healthcare activities, with each manager and health professional having a responsibility to be as competent as they should be, and to aim for the highest ethical standards in all their activities.

The main objective of our research is to evaluate whether or not equity in accessing treatment – healthcare – exists at CSSM-H., and to understand what constraints are associated with this, as well as the benefits for those who use this health service. It appears that, from the point of view of financial availability, there are indeed constraints.

This is why we advocate in our research that the health insurance market and the ADSE itself must increase the services it offers on the national market – with global access – involving companies and individuals in the creation of a health plan which will contribute to a better National Health System (SNS). With greater numbers of people registered, as we propose, equitable access to treatment and healthcare will increase, and the quality of services – both public and private – will improve, insofar as waiting times for general clinical consultations, specialists, diagnostic examinations and surgical interventions will be reduced. According to what we have tried to demonstrate, an increase in registered people will contribute to helping those who are most in need – those people who are not able to acquire health insurance, or who do not have access to the ADSE – as increased use of the private health system will free up the National Health System (SNS), thereby promoting more efficient and effective treatment in the public sector. The more effective and efficient the treatment, the fairer and more equitable it is for the most economically vulnerable sector of society, given that the treatment and care of registered and non-registered people in a private hospital will reduce the pressure on the public hospital, enabling fair treatment and, therefore, greater equity for those people with the greatest need.

Our study is an observational, exploratory work, with a cross-sectional approach, which seeks to inquire about the satisfaction and perception of users/clients (protocol and non-protocol) of CSSM-H and identify possible factors that constrain access. equitable treatment and health care. The collection of information to answer the research questions raised was based on the application of a questionnaire prepared by the researcher. This is an original survey.

Keywords: Bioethics, Justice, Equity, customer Satisfaction

SIGLAS

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores do Estado

ADSE. I.P – Instituto de Proteção e Assistência na Doença

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CSSM-H - Casa de Saúde São Mateus- Hospital

FMI – Fundo Monetário Internacional

HSMM – Hospital de Barcelos

SMP 24 h - Sistema Médico Permanente 24 h

SNS – Sistema Nacional de Saúde

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	III
AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	VI
SUMMARY	IX
SIGLAS	XI
INTRODUÇÃO GERAL	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
CAPÍTULO – I.....	11
DA ÉTICA E DA BIOÉTICA.....	11
1. ÉTICA	11
2. BIOÉTICA	15
2.1. A questão da definição bioética.....	17
2.2. Bioética e os princípios da ética biomédica.....	23
3. BIOÉTICA - O DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE.....	25
3.1. O Princípio da dignidade Humana	26
3.1.1. A dignidade humana no campo da bioética.....	27
3.1.2. A dignidade humana e a autonomia da pessoa.....	28
3.2. Autonomia como princípio bioético.....	32
3.3. Justiça e equidade	33
3.3.1. Definição de equidade	34
4. O DIREITO À SAÚDE	39
4.1. A dignidade humana no direito	41
5. MODELOS BIOÉTICOS - ENTRE A CONSEQUÊNCIA DA AÇÃO E A FINALIDADE DO ATO	43
5.1. Modelo utilitarista	45
5.2. Modelo personalista.....	47
CAPÍTULO II.....	53
O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS	53
1. INTRODUÇÃO.....	53
2. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE – (SNS)	54
2.1. Antecedentes históricos: breve resenha.....	54
3. BREVE ANÁLISE DO SNS A PARTIR DA LEITURA DE ANTÓNIO ARNAUT	56
4. MODELOS DE GESTÃO DO SNS.....	59
4.1. A organização do SNS.....	60
4.2. Do utente a cliente do SNS?.....	61
5. O SETOR PRIVADO DA SAÚDE EM PORTUGAL	65
A PERCEÇÃO DA JUSTIÇA COMO EQUIDADE E SATISFAÇÃO NO ACESSO	
A CUIDADOS DE SAÚDE	68

1. DA JUSTIÇA À EQUIDADE E DA EQUIDADE À IGUALDADE.....	68
2. EQUIDADE NO ACESSO À SAÚDE E EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	73
3. PERCEÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES/UTENTES DOS CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	79
CAPÍTULO IV	88
METODOLOGIA.....	88
1. OPÇÕES METODOLÓGICAS	88
2. OBJETIVO E HIPÓTESES.....	89
2.1. Instrumento de medida	90
3. POPULAÇÃO/ AMOSTRA	90
4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E RECOLHA DE DADOS.....	91
5. TRATAMENTO DE DADOS	92
CAPÍTULO V	93
ANALISE DOS RESULTADOS	93
1. MÉTODOS ESTATÍSTICOS	93
1.1. Estatística descritiva	93
1.2. Análise de consistência interna de escalas	93
1.3. Análise fatorial exploratória	94
1.4. Teste do qui-quadrado	94
1.5. Teste t	95
2. ANÁLISE DESCRITIVA	95
2.1. Parte 1 - Caracterização	95
2.2. Parte 2 - Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências	99
2.3. Parte 3 - Especialidades Médicas - Consultas Externas	104
3. ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA DAS ESCALAS.....	111
3.1. Parte 2 - Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências	111
3.2. Parte 3 - Especialidades Médicas - Consultas Externas	113
4. ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS.....	116
4.1. Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências	116
4.2. Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas	117
5. DIMENSÕES DAS ESCALAS.....	117
6. ANÁLISE DESCRITIVA DAS ESCALAS	119
6.1. Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências	119
6.2. Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas	120
7. INDICADORES ÉTICOS DE ACESSO A TRATAMENTO	121
7.1. Verificar se há ou não um acesso a tratamento equitativo de pessoas/ doentes particulares ou protocolados.....	121
7.1.1. SMP 24h Urgências	121
7.1.2. Especialidades Médicas - Consultas Externas.....	124
7.2. Identificar quais os constrangimentos e influências dos fatores económicos no acesso dos clientes aos cuidados da CSSM-H.....	127
7.2.1. SMP 24h Urgências	127
7.2.2. Especialidades Médicas - Consultas Externas.....	130

7.3. Comparar as diferenças de perceção dos clientes particulares e protocolados	132
7.3.1. SMP 24h Urgências	132
7.3.2. Especialidades Médicas - Consultas Externas	134
7.4. Analisar comparativamente as diversas especialidades no atendimento...	135
CAPÍTULO VI	143
APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	143
CONCLUSÃO	167
Propostas:	178
BIBLIOGRAFIA	183
Legislação:	194
ANEXOS	196
Anexo (I) ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA CASA DE SAÚDE SÃO MATEUS - UM HOSPITAL COM HISTÓRIA.	196
Anexo (II) QUESTIONÁRIO SOBRE A FIDELIZAÇÃO E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DA CASA DE SAÚDE SÃO MATEUS - HOSPITAL PRIVADO DE VISEU V	206

TABELAS

Tabela 1: É a primeira vez que recorre aos serviços médicos da CSSM-Hospital? (pag.96)

Tabela 2: Dados sociodemográficos (pág.97)

Tabela 3: Utilização do Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências (pag.99)

Tabela 4: Principais vantagens na procura do SMP 24h (pag.100)

Tabela 5: Avalie as seguintes afirmações relativamente à especialidade médica que procurou na última ida ao SMP 24h (pag.101)

Tabela 6: Utilização do Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências (pag.103)

Tabela 7: Na última consulta externa na CSSM, qual a Especialidade que procurou? (pag.104)

Tabela 8: Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas? (pag.105)

Tabela 9: Indique as principais vantagens na procura de uma Especialidade Médica nas Consultas Externa (pag.106)

Tabela 10: Considerando a Especialidade Médica da última consulta externa que fez na CSSM, avalie as seguintes afirmações (pag.108)

Tabela 11: A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM? (pag.110)

Tabela 12: Análise fatorial exploratória: Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências (pag.112)

Tabela 13: Análise fatorial exploratória: Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas (pag.114)

Tabela 14: Consistência interna da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências (pag.116)

Tabela 15: Consistência interna da Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas (pag.117)

Tabela 16: Dimensões da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências (pag.118)

Tabela 17: Dimensões da Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas (pag.118)

Tabela 18: Estatísticas para os Fatores da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências (pag.119)

Tabela 19: Estatísticas para os Fatores da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências (pag.120)

Tabela 20: Relação entre “Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.121)

Tabela 21: Relação entre “Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.122)

Tabela 22: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.123)

Tabela 23: Relação entre “Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.125)

Tabela 24: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.126)

Tabela 25: Relação entre “Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.127)

Tabela 26: Relação entre “Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.128)

Tabela 27: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.129)

Tabela 28: Relação entre “Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.130)

Tabela 29: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.131)

Tabela 30: Relações entre a “Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.133)

Tabela 31: Relações entre a “Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.134)

Tabela 32: Perceção da dimensão “F1. Satisfação e Confiança” por especialidade (pag.135)

Tabela 33: Percepção da dimensão “F2. Influência Externa na Escolha” por especialidade (pag.136)

Tabela 34: Percepção da dimensão “F3. Relação Custo/ Benefício” por especialidade (pag.137)

Tabela 35: Percepção da dimensão “F4. Insatisfação” por especialidade (pag.138)

Tabela 36: Percepção da dimensão “F5. Rapidez e Comunicação” por especialidade (pag.139)

Tabela 37: Percepção da dimensão “F6. Fidelização” por especialidade (pag.140)

Tabela 38: Percepção da dimensão “F7. Concorrência” por especialidade (pag.141)

GRÁFICOS

Gráfico 1: É a primeira vez que recorre aos serviços médicos da CSSM-Hospital? (pag.96)

Gráfico 2: Dados sociodemográficos (pag.98)

Gráfico 3: É portador de algum Seguro de Saúde? (pag.98)

Gráfico 4: Utilização do Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências (pag.99)

Gráfico 5: Principais vantagens na procura do SMP 24h (pag.100)

Gráfico 6: Avalie as seguintes afirmações relativamente à especialidade médica que procurou na última ida ao SMP 24h (pag.102)

Gráfico 7: Utilização do Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências (pag.103)

Gráfico 8: Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas? (pag.105)

Gráfico 9: Indique as principais vantagens na procura de uma Especialidade Médica nas Consultas Externa (pag.106)

Gráfico 10: Considerando a Especialidade Médica da última consulta externa que fez na CSSM, avalie as seguintes afirmações(pag.109)

Gráfico 11: A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM? (pag.110)

Gráfico 12: Médias para os Fatores da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências (Pag.120)

Gráfico 13: Médias para os Fatores da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências (pag.121)

Gráfico 14: Relação entre “Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.122)

Gráfico 15: Relação entre “Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.123)

Gráfico 16: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.124)

Gráfico 17: Relação entre “Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.125)

Gráfico 18: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.126)

Gráfico 19: Relação entre “Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.127)

Gráfico 20: Relação entre “Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.128)

Gráfico 21: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM?” e “Rendimento Mensal Líquido.” (pag.129)

Gráfico 22: Relação entre “Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.131)

Gráfico 23: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?” e “Rendimento Mensal Líquido” (pag.132)

Gráfico 24: Relações entre a “Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.133)

Gráfico 25: Relações entre a “Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas” e “É portador de algum Seguro de Saúde?” (pag.134)

Gráfico 26: Percepção da dimensão “F1. Satisfação e Confiança” por especialidade (pag.136)

Gráfico 27: Percepção da dimensão “F2. Influência Externa na Escolha” por especialidade (pag.137)

Gráfico 28: Percepção da dimensão “F3. Relação Custo/ Benefício” por especialidade (pag.138)

Gráfico 29: Percepção da dimensão “F4. Insatisfação” por especialidade (pag.139)

Gráfico 30: Percepção da dimensão “F5. Rapidez e Comunicação” por especialidade (pag.140)

Gráfico 31: Percepção da dimensão “F6. Fidelização” por especialidade (pag.141)

Gráfico 32: Percepção da dimensão “F7. Concorrência” por especialidade (pag.142)

«Tentamos nunca esquecer que a medicina é para as pessoas. Não é para os lucros. Os lucros vêm no seguimento e, se nos tivéssemos recordado disso, estes nunca teriam deixado de existir. De que forma podemos trazer o melhor da medicina a cada uma das pessoas? Não podemos descansar até ser encontrada, com a nossa ajuda, a forma de levar as nossas maiores realizações a todas as pessoas»

George W. Merck,, 1950

INTRODUÇÃO GERAL

O nosso interesse sobre o tema que apresentamos a provas públicas de Doutoramento em Bioética é fruto da nossa atividade profissional – desenvolvida no âmbito da gestão e da economia –, sendo nosso entendimento que uma boa gestão económica terá forçosamente que estar aliada a práticas indiciadoras de uma boa ética. Nesta perspetiva, penetrar neste terreno dual é, sem dúvida, uma ousadia e um desafio que, se, por um lado, se pode revelar de extrema dificuldade e complexidade, por outro, se pode revestir de uma mais-valia significativa para o estado da arte sobre a matéria que ora trabalhamos.

Assim, ao avançarmos nesta tarefa árdua, exigente e não menos temerária, é nossa firme convicção que o presente estudo possa quebrar o silêncio ou o ruído de fundo sobre o que nos perturba no modo como é gerido o acesso a cuidados de saúde por parte dos clientes/utentes, particulares ou protocolados, na CSSM-H.

A ética, enquanto reflexão e fundamentação da ação humana¹, e a bioética, enquanto ética aplicada à vida² (neste caso particular, aplicada à prestação de cuidados de saúde), são duas áreas epistemológicas sobre a conduta humana, a partir de valores morais que suportam o viver e o agir humano.

Quando falamos de ética em cuidados de saúde, isso implica, então, a assunção de valores morais inerentes ao contexto em que aqueles são prestados, desde a base mais

¹ Sobre este assunto seguimos de perto: RENAUD, M. - Ética de hoje, ética de amanhã. *In Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, 2001, p. 13-19.; RENAUD, M; RENAUD, I. - Ética e moral. *In Bioética*. (coord: Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald) Lisboa: Editorial Verbo, 1996, p. 34-41.

² Cf. NEVES, M. C.; OSSWALD, W. - *Bioética simples*. Lisboa: Verbo, 2014, p. 27-29.

elementar dos cuidados (prestados ou a prestar) à gestão das instituições; desde as políticas de saúde à investigação clínica.

A mundividência cultural da sociedade atual apresenta-se sob a forma “relativista”, em que cada um procura fundamentar as suas opções éticas, não a partir de uma ética fundamental, mas sim de uma ética circunstancial. Isto é, a opção ética é baseada nos meios e não tanto nos fins. Há, assim, um desfasamento ético entre a “lei moral e a oportunidade”, que se traduz num certo relativismo moral.

Se, no plano pessoal, este paradigma relativista tem tido influência, também no plano das instituições de saúde ele se apresenta como instrumento decisório, uma vez que as decisões implicam sempre o recurso a valores pessoais por parte dos profissionais de saúde e de quem gere as instituições, que, normalmente, são influenciadas pelos valores emergentes e persistentes na sociedade.

Numa organização hospitalar (ou outra), a gestão tem como finalidade e objetivo último gerir a utilização de recursos (técnicos ou humanos); organizar o processo de trabalho coerente entre os diversos serviços ou departamentos; criar e estimular um ambiente que promova a autoconfiança e a confiança interpessoal; implementar medidas que favoreçam o bom desempenho de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde, que se quer justo e equitativo.

Uma gestão equitativa pressupõe, da parte dos gestores hospitalares e dos profissionais de saúde, um “compromisso ético”, no qual o respeito pela dignidade intrínseca da pessoa humana é o primeiro pilar orientador da prestação de cuidados.

Enquanto investigadores, não nos é possível desvincularmo-nos da nossa função de administradores, cujo percurso tem sido balizado pelas ocorrências e pelas alterações sentidas no mercado, e muito no *core* da saúde.

O século XXI tem sido desafiante, às vezes até atemorizador, com todas as adaptações exponenciais a que as organizações têm estado sujeitas, como é o caso do marketing digital 4.0, da inteligência artificial, entre outras inovações que obrigam a adaptações e reinvenções sistemáticas, por forma a garantir a resistência num mercado forte e progressivamente concorrencial.

Ora, o mercado privado da saúde não é exceção, sendo de considerar alguns fatores relevantes, como é o caso da localização física onde a instituição se insere: se é no litoral, se é no interior, se é na capital ou noutra cidade do país. No nosso caso concreto, estamos em Viseu, no interior do país, sendo imperioso perceber qual o perfil do cliente, para que a organização se adapte ao cliente e não o cliente à organização. Não se tenham ilusões, pois, na área delicada da saúde, é forçoso que exista esta preocupação.

Quando em 2008 o Grupo Embeiral adquiriu a maioria do capital na *Casa de Saúde São Mateus*, a situação era de falência técnica, precisamente porque a forma como se prestavam os serviços de saúde era deficitária. A forma como os médicos procediam, quer nas consultas quer nas diferentes intervenções cirúrgicas, seguia o modelo imobiliário, pagando uma renda para prestarem serviços de saúde. De referir que, nesta altura, não se falava em utentes protocolados, em virtude de não existir qualquer protocolo.

A nova administração, onde a investigadora é vogal, não podia dar seguimento a tal realidade, determinando-se a iniciar a implementação de uma nova estratégia de mudança na prestação de serviços e cuidados de saúde na Casa de Saúde São Mateus.

Assim, em 27 de abril de 2018, foi assinado o protocolo com a ADSE, facto que originou a afluência de um outro tipo de utentes, utentes estes que a Casa de Saúde não estava habituada a ter como clientes, ou seja, beneficiários da ADSE. De igual modo, os clientes com seguros de saúde também começaram a ser cada vez em maior número. Foi

nessa altura que a investigadora (depois de ter defendido a sua tese de Mestrado em gestão e especialização/gestão e administração de Unidades de Saúde, em 2017) começou a viver diariamente essa realidade, constatando que os médicos do nosso país (não só os médicos que trabalhavam na Casa de Saúde São Mateus, mas os médicos em geral) não estavam preparados/formatados para esta nova realidade.

No contexto hospitalar (como é o da CSSM-H), o dever ético dos gestores e dos profissionais de saúde é o de garantir o cuidado e o respeito pela “pessoa como fim em si mesma e como valor em si”³. Este é o fundamento do ato clínico e do processo de qualquer tomada de decisão, com a garantia de que o acesso a cuidados de saúde seja justo e equitativo.

Neste sentido, e de acordo com esta nova realidade da CSSM-H - o aumento de clientes protocolados e com seguro de saúde-, em julho de 2020, sentimos necessidade de aplicar o questionário original elaborado pela investigadora, para se aferir se existia ou não equidade nos serviços e cuidados de saúde, quer no SMP quer nas Consultas de Especialidade, para clientes particulares e clientes protocolados.

Com base no conhecimento e na perceção desta realidade e na literatura revisitada, a escolha desta temática parte de alguns pressupostos que consideramos de suma importância: a) a pertinência do tema no contexto atual; b) a nossa experiência na área da gestão e na formação organizacional hospitalar privada; c) a influência da nossa atividade enquanto gestores e administradores; d) a modesta contribuição para a construção de um modelo de saúde misto, capaz de promover um desenvolvimento económico e social que comporte a equidade de no acesso a tratamentos de saúde.

³ Ver: KANT, E. - *A metafísica dos costumes*. (trad. José Lamego). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005, p. 367. “Somente o homem, considerado como pessoa, isto é, como sujeito de uma razão prático-moral, está acima de todo o preço; pois que, como tal, não pode valorar-se apenas como meio para fins alheios, mas sim como um fim em si mesmo, isto é, possui uma dignidade (um valor intrínseco absoluto) mediante a qual obriga todos os demais seres racionais do mundo a gradear-lhe respeito [...] e valorar-se em pé de igualdade” [435].

Sendo certo que vivemos tempos de incerteza económica, financeira e social, afigura-se-nos deveras significativa a percepção consciente de que esta situação levanta graves problemas no acesso a cuidados de saúde, especialmente no sistema de saúde privado, para pessoas com fracos recursos económicos, o que, na verdade, coloca questões éticas relevantes no âmbito da justiça e da equidade.

O acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde. Contudo, não tem sido fácil a sua aplicação concreta, uma vez que se trata de uma questão complexa e que envolve diversos fatores. Efetivamente, o acesso básico a cuidados de saúde depende da disponibilidade existente a nível nacional e de uma oferta de serviços de saúde adequada à população. Porém, a efetividade do acesso está sempre condicionada pelo maior ou menor número de barreiras que, eventualmente, possam existir, e que, factualmente, existem, sejam elas socioeconómicas, culturais ou organizacionais.

Como sabemos, a imprevisibilidade das mudanças no sistema de saúde e as reformas neste setor provocam ainda mais desigualdades, as quais, conseqüentemente, levantam sérias questões éticas, dada a dimensão e a sensibilidade desta problemática.

Como gestores na área hospitalar, somos, frequentemente, confrontados com questões de gestão e ética de suma complexidade que, por via dos avanços das tecnologias aplicadas à biomedicina – com os seus benefícios e riscos associados -, implicam decisões acerca do acesso e do tratamento do cliente/pessoa doente como pessoa humana.

Ora, o acesso aos cuidados de saúde é indissociável da questão da equidade (assente na justiça distributiva) do sistema de saúde, como elemento mais importante na realização do direito de acesso a esses cuidados essenciais à vida.

A equidade como princípio bioético é dos mais importantes objetivos seguidos pelos sistemas de saúde modernos. Existem vários princípios de equidade em saúde, cada

um fazendo apelo a noções de justiça na distribuição.⁴ Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo⁵. Neste sentido, podemos definir que a equidade no acesso a cuidados de saúde é a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente⁶. Isto é, a equidade apresenta-se, na nossa perspetiva, como instrumento ético para promover a satisfação dos clientes, no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde.

O nosso estudo, como já referido, centra-se num contexto específico e decorre da nossa experiência enquanto gestores e administradores da CSSM-H, bem como da nossa convicção de que, neste contexto, enquanto organização que presta cuidados de saúde, ao mesmo tempo que se traduz num local onde as pessoas exercem a sua atividade profissional, é de todo profícuo que os seus líderes invistam num maior conhecimento de uma área que consideramos fulcral para uma melhor compreensão da aplicabilidade da ética e da bioética no contexto da problemática em apreço, partindo da perceção das pessoas, enquanto sujeitos que intervêm no processo.

Precisamente por considerarmos que a ética e a bioética são relevantes para a vida pessoal, social e para todos os níveis da atividade humana, a escolha do tema justifica-se pela nossa preocupação sobre a satisfação do acesso a cuidados de saúde, partindo de uma

⁴ Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health* 2002;1:1. 2 Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Social Science and Medicine* 2007;64(7):1355-62. 3 Pereira J. What does equity in health mean? *Journal of Social Policy* 1993;22:19-48.

⁵ Dahlgren G, Whitehead M. *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part I and Part II*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

⁶ No âmbito da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2010-2016 foi solicitada, numa perspetiva de melhoria da equidade em saúde, uma análise das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

questão central: qual a percepção que os clientes/utentes têm sobre a existência ou ausência de equidade no acesso a tratamentos e cuidados de saúde na CSSM-H.?

A formulação desta questão basilar conduziu-nos à definição dos seguintes objetivos:

- proceder à caracterização sociodemográfica dos clientes/utentes da CSSM-H;
- caracterizar a utilização do SMP (Urgência 24h), respetivas vantagens e percepção dos clientes/utentes sobre as especialidades médicas;
- analisar a utilização das especialidades médicas, principais vantagens e sua percepção;
- definir e caracterizar as dimensões das atitudes dos clientes/utentes da SMP (Urgência 24h) e das especialidades médicas;
- comparar o acesso equitativo a tratamentos dos clientes/utentes protocolados e não-protocolados;
- identificar a influência dos fatores económicos no acesso equitativo dos clientes/utentes aos cuidados de saúde;
- comparar a percepção relativa ao SMP (Urgências 24h) e especialidades entre clientes/utentes protocolados e não-protocolados;
- analisar as atitudes dos clientes/utentes nas consultas de especialidades.

Para a concretização dos objetivos, definimos como metodologia um estudo observacional exploratório, com abordagem transversal, que procura traçar o perfil da percepção dos utentes/clientes (protocolados e não protocolados) da CSSM-H e identificar possíveis fatores de constrangimento ao acesso equitativo a tratamentos e cuidados de saúde.

É importante referir que, aquando da constituição da CSSM-H, em 1961, os 41 médicos fundadores, fruto do seu conhecimento médico e social, viram uma oportunidade

de oferecer uma resposta clínica, em alternativa ao hospital público (na altura, o Hospital da Misericórdia, que tratava gratuitamente as pessoas), para pessoas de condição social e economicamente mais elevada, que não questionavam os custos com os tratamentos e cuidados de saúde na CSSM-H.

Agora, em pleno século XXI, fruto da era conturbada que se vive na área da saúde (pondo, inclusivamente, em causa o próprio SNS), como gestores, administradores e investigadores, sentimos a necessidade de estudar mais aprofundadamente a possibilidade de que a CSSM-H, em especial, possa ser um hospital complementar ao hospital público, com ganhos em saúde, mas também económicos e financeiros, e de que se estabeleça uma relação de proximidade entre este e aquele, não esquecendo o valor essencial, o bem comum. O bem comum, que surge com a premissa de que todos devem ter acesso a cuidados de saúde justos e equitativos, sejam protocolados ou particulares (não protocolados) com condições económicas favoráveis, criando, nesta medida, uma equidade horizontal e libertando o hospital público para prestar cuidados e tratamentos, adequados e no tempo certo, às pessoas com menos recursos financeiros, sem que a sua dignidade possa ser colocada em causa.

Para a concretização da presente investigação, realizou-se uma revisão de literatura documental e abrangente, embora não-sistemática, centrada nas seguintes fontes de Bases de dados eletrónicas. Numa primeira, em artigos publicados até 2017, e, numa segunda, em artigos datados dos últimos cinco anos, disponibilizando o texto completo ou sumário em bases de dados eletrónicas, particularmente na *medline*, na qual se usou o termo/sigla MESH (*patient satisfaction*). Foi, ainda, utilizada a base de dados do google académico, com os termos “*satisfação do doente*”, “*satisfação do utente*” e “*equidade/acesso saúde*”. Incluem-se nesta revisão Relatórios vários e outros documentos, a saber: relatórios da Comissão Europeia, OCDE, Organização Mundial de

Saúde e outras redes, sobre equidade e determinantes sociais em saúde; relatórios e outros documentos do Ministério da Saúde e de outras entidades nacionais; relatórios de investigação de instituições académicas, incluindo dissertações; e autores diversos.

No nosso estudo utilizámos a metodologia quantitativa, com recurso à estatística descritiva e inferencial, à análise descritiva, análise fatorial exploratória das escalas, análise de consistência interna das escalas, análise às dimensões das escalas e análise descritiva das escalas.

A recolha de dados foi realizada na unidade de saúde – CSSM-H - e foi elaborado um questionário (original) para este estudo específico, aplicado aos clientes/utentes da CSSM-H. Para a análise dos dados coletados foram utilizados os procedimentos da estatística descritiva e análise de correlações entre as principais variáveis de interesse.

Deste modo, este estudo, ao realizar a auscultação dos clientes/utentes da (CSSM-H) que utilizam e procuram o Serviço Médico Permanente (SMP) e os serviços de Especialidade Médica, pretende - a partir dos princípios bioéticos da dignidade, da justiça, da equidade, da solidariedade, do respeito pela autonomia, da beneficência, da não-maleficência - apontar estes princípios como indicadores éticos que possam servir de bússola, orientando uma gestão ética mais eficaz e mais eficiente, mais justa e mais equitativa.

Em termos formais e estruturais, a dissertação está organizada em duas partes e por capítulos, a saber:

A primeira parte, relativa ao enquadramento teórico, possui três capítulos, sendo que, no primeiro, se reflete sobre os fundamentos da ética e da bioética; o segundo aborda a temática do Sistema Nacional de Saúde e seus modelos de gestão; o terceiro é dedicado à perceção da justiça como equidade e satisfação no acesso a serviços e cuidados de saúde.

No que concerne à segunda parte, dividida em três capítulos, no primeiro capítulo, apresenta-se a metodologia do estudo; no segundo, realiza-se a análise dos resultados; no terceiro, a discussão de resultados, finalizando com a conclusão e propostas futuras.

Acrescenta-se, ainda, em anexo o enquadramento histórico da CSSM-H, no sentido de explicar a sua importância numa época e num contexto rural do interior do país.

Cientes da limitação do nosso estudo, assumimo-nos, humildemente, conscientes da importância que acarreta para a CSSM-H. A obra ora apresentada é, de facto, um ponto de chegada, mas, concomitantemente, um ponto de partida para explorar novos desenvolvimentos no âmbito da temática aqui vertida.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO – I DA ÉTICA E DA BIOÉTICA

1. ÉTICA

Como afirma Daniel Serrão, ética em saúde⁷ há só uma - a ética individual, ordenada para as decisões perfeitas e virtuosas que garantem o equilíbrio saudável entre o Homem e a Natureza que o acolhe, o alimenta e, também, o ameaça.

Bioéticas em saúde são várias e diversas. Umas mais abrangentes, outras mais limitadas, mas todas necessárias, para que os cuidados de saúde sejam equitativos no acesso, seguros, tecnicamente competentes na prestação e ajustados à moralidade pública prevalecente na Sociedade concreta onde acontecem.

“As grandes palavras, tal como a palavra *ethos*, correspondem, no exercício da inteligência grega dessa época, à descoberta ou iluminação súbita de um conceito novo para o qual foi inventada uma palavra nova [...]; o grego descobriu um conceito novo e, para este conceito, inventou uma palavra nova - *ethos*”⁸.

“Ética”⁹ é, assim, um termo de etimologia grega (*ethos*) que se encontra frequentemente na literatura grega pré-clássica, particularmente na poesia, escrito com a primeira vogal longa (*êthos*). Em Homero, *êthos* significa “estrebria”, “estábulo”, “toca”

⁷ SERRÃO, D. - *Ética ou éticas em saúde*. (Manuscrito, s/d) Arquivo Pessoal. Porto SROM, 1990.; SERRÃO, D. - Ética no mundo da saúde. *In Acção Médica*. Porto. Ano LII: 4, 1988, (dezembro), p.189-197.; SERRÃO, D. - *Ética em Saúde*. Conferência para Profissionais do Hospital de Elvas, 1999, (8 e 9 de fevereiro); SERRÃO, D. - *Ética e cuidados de saúde*. Arquivo Pessoal. Porto: SROM. Conferência - II Jornadas da Associação de Estudantes da ESE Jean Piaget: Viseu, 2006, (18 de Janeiro).

⁸ SERRÃO, D. - *Bioética: Utopia ou realidade*. Arquivo Pessoal. Porto: SROM. Conferência, 1998, (Lisboa 20 de maio)

⁹ Ver ainda ROQUE, Cabral - *Temas de Ética*. Braga: UCP, 2003; RENAUD, Michel; RENAUD, Isabel – *Ética e Moral*. *In Bioética*. Lisboa: Editorial Verbo, 1996.

ou “covil”; em Hesíodo, significa o “albergue” dos homens¹⁰. Como vemos, de uma maneira geral, o vocábulo designa, no primeiro autor, “o lugar onde se guardavam animais”; no segundo, já com uma derivação de sentido aplicada ao ser humano, designa “o lugar de onde brotam os atos humanos”, isto é, a interioridade dos homens¹¹. Todavia, “*ethos*” tinha duas grafias diferentes em grego, aparecendo também escrito com a primeira vogal breve (*éthos*) e significando “*hábito e costume*”. O grego dispunha, deste modo, de dois termos com duas diferentes significações.

a) **Conceito de Ética (*êthos*):** O *lugar* de onde brota a ação - sujeito moral, o âmago do agir mais não é do que a intenção. A intenção brota da razão que a pensa; a ética procura no ato o que é mais pessoal e refletido, numa palavra fundamentado¹²;

b) **Conceito de Ética (*éthos*):** O costume (uso) é a regra social resultante de práticas sociais de uma comunidade, prolongadas no tempo, constantes e uniformemente repetidas, das quais resulta a convicção de obrigatoriedade. A regra de conduta é criada pela consciência (*éthos*) de uma comunidade (povo/sociedade) que possui a convicção de que tal norma responde a uma necessidade social. Quando ela é boa (bom hábito) é uma regra moral¹³.

Aristóteles, na sua *Ética a Nicómaco*¹⁴, ao proceder à distinção entre as virtudes “dianoéticas” - que se adquirem pelo ensino, na ordem teórica - e as virtudes “éticas” - que se adquirem por hábito, na ordem prática -, associa o adjetivo “*éthikè*” (equivalente

¹⁰ Folscheid D.; B Feuillet-Le-Minitier; J-F. Mattei – *Philosophie, éthique et droit de la médecine*. Paris: PUF, 1997, p. 18

¹¹ Renaud, I.; Renuad, M. – Ética e Moral. In *Bioética*. Lisboa: Verbo, 1996, p. 34-35.

¹² *Idem*, p. 34-35.

¹³ *Idem*, p. 34-35

¹⁴ Cf. ARISTÓTELES, *Ética a Nicómaco*, II. I. 1103a

ao *êthos*) ao nome *êthos* e as “virtudes éticas” ao “hábito”. Ou seja, Aristóteles associa o adjetivo “*éthikè*” ao “*êthos*” e ao “*êthos*”, encarando-o como o *lugar interior de onde brotam os atos humanos* e o hábito/maneira habitual de agir¹⁵.

Esta aproximação vai contribuir para a formulação da conceção do *ethos* (do qual deriva o termo “ética”) unicamente como *êthos*, como hábito, numa orientação que virá a ser definitivamente fixada, aquando da tradução dos textos do grego para o latim, como *moris* - moral.

Duas conceções: uma puramente *descritiva da ciência dos costumes* e outra *normativa*¹⁶. Todavia, impõe-se a colocação da seguinte questão etimológica: em que medida é importante distinguir a ética da moral?

Michel Renaud propõe como resposta que a “*interioridade dos atos se apoia na ética e, para a moral, retemos o ponto de partida do hábito, isto é, de atos repetidos*”¹⁷. A ética é, assim, o que há de mais pessoal na realização do ato.

Deste modo, a ética é entendida enquanto ramo da filosofia, cujo fim consiste em formular a ideia do Bem e agir enquanto tal, e nada tem a ver, *a priori*, com os sentimentos e emoções. É um discurso formal, racional e sistemático. Um exame da retidão e da ilicitude das ações humanas que procura, racional e sistematicamente, a *felicidade* e o *sentido* da vida boa de Aristóteles.

A ética ocupa-se do problema da fundamentação da moral. Por sua vez, a moral trata da obrigação, isto é, do *dever ser*, sendo que esta fundamentação - a da obrigação - pode ser analisada através da linguagem do *ser*, procurada na ética, enquanto discurso que dá razão ao *agir adequado* ou ao *agir bem*.

¹⁵ *Idem*, p. 34-35.

¹⁶ Cf. Cabral, R. *Temas de ética*. Braga: Faculdade de Filosofia de Braga – UCP. 2000.

¹⁷ *Idem*, p. 34-35.

Neste sentido, podemos afirmar que a Ética, como Filosofia Moral, desde as suas origens entre os filósofos gregos, é uma reflexão sobre a justificação racional da moral, com vista a indicar ou orientar para os comportamentos mais adequados, em função do bem.

Nesta mesma linha, encontramos em Paul Ricoeur duas formulações do pensamento ético global. A primeira, no livro *Soi-même comme un autre*¹⁸ (Si próprio como um outro), de 1990, e a segunda, num artigo de 2000, *De la morale à l'éthique et aux éthiques*¹⁹ (Da moral à ética e às éticas).

A primeira formulação estrutura e apresenta, sucessivamente, a ética, a moral e a sabedoria prática. A ética analisa a vontade, os valores e as grandes finalidades do agir; a moral centra-se na problemática da obrigação; ao passo que a sabedoria prática mostra como se deve abordar eticamente os casos concretos que o agir humano encontra, com todos os conflitos atinentes.

A segunda formulação mantém, globalmente, a mesma estrutura, mas com acentos diferentes. O ponto de partida situa-se no momento intermédio da obrigação, isto é, da moral.

No entanto, em face da moral, que ocupa o cume da reflexão sobre o agir responsável, aparecem os outros dois momentos: um antes da moral e um depois da moral. O momento antes é constituído pela «*ética anterior*», ao passo que o momento depois recebe a denominação de «*éticas posteriores*». Este título está no plural, precisamente porque abrange a multiplicidade das éticas aplicadas, que outrora encontravam o seu lugar na «*sabedoria prática*».

¹⁸ Ver: Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*. Paris: Editions du Seuil, 1990.

¹⁹ Ver: Ricoeur, P. – *De la morale à l'éthique et aux éthiques*. In Ricoeur, P., *Le Juste 2*. Paris: Ed. Esprit. 2001.

É no seio desta “sabedoria prática” que, como refere Paul Ricoeur, se inscrevem as éticas aplicadas e, por conseguinte, a Bioética, como ética aplicada às ciências da saúde e da vida.

2. BIOÉTICA

Após meio de século do aparecimento, na literatura, do termo “bioética”, por Van Rensselaer Potter,²⁰ é útil percorrer este caminho que, sob esta denominação, conheceu uma rápida e grande evolução.²¹

É, geralmente, reconhecido que a bioética, num âmbito mais restrito do termo, aparece nos Estados Unidos, **não apenas pela mão de Potter**, que foi quem cunhou a denominação da bioética como “*uma nova disciplina que combinasse o conhecimento biológico com o conhecimento do sistema dos valores humanos*”.²² Escreveu ele:

*“escolhi a raiz bio para representar o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas dos seres vivos; e ethics para representar o conhecimento do sistema de valores humanos.”*²³

A distinção entre os valores éticos, que pertencem à cultura humanista, e os factos biológicos estava, segundo Potter, na base do processo científico e tecnológico

²⁰ Em 1970, surge o seu artigo “*Bioethics. The science of survival*”, publicado na revista *Perspectives in Biology and Medicine*. n.º 14 (1), p. 127-153; no ano seguinte, este artigo tornou-se o primeiro capítulo do seu volume: *Bioethics to the future*. New Jersey: Englewood Cliffs, 1971.

²¹ Ver: Gracia, D. – *Fundamentos da Bioética*. (Trad. Manuel Luis Pinheiro; Vitor Coutinho) Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2008; Tristram, H. E. – *Fundamentos da Bioética*. (Tradução de The foundations of Bioethics, 2ª Ed., originalmente publicada em inglês em 1996. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

²² Potter, V. R. – *Bioethics to the future*. New Jersey: Englewood Cliffs, 1971, p. 1.

²³ *Ibidem*, p. 1.

indiscriminado, que punha em perigo a humanidade e a própria sobrevivência da vida na Terra.²⁴

Na visão de Potter, a bioética surge de uma situação de alarme e de uma preocupação crítica relativamente ao progresso da ciência e da sociedade. As descobertas que (nesses anos e nos que imediatamente se seguiram) foram anunciadas no campo da engenharia genética e a assustadora possibilidade de construção de armas biológicas, bem como a alteração do próprio estatuto das formas de vida, deram origem a um movimento de ideias e temores de tipo catastrofista.²⁵

Todavia, ao lado desta conceção da bioética, nasce, porém, uma outra visão a considerar. Esta nova ou diferente visão tornou-se prevalecente em relação ao sentido com que Potter cunhou o termo “bioética”.

Na vasta literatura sobre bioética, encontramos Reich²⁶, que afirma que a génese do termo “bioética” é bilocalizado,²⁷ devendo reconhecer -se o forte impulso dado por André Hellgers, obstetra de origem holandesa, investigador no campo demográfico e fundador do Kennedy Institute of Ethics. Hellgers, que considerava a bioética como ciência capaz de acolher os valores através do diálogo e do confronto com a medicina, a filosofia e a ética. Segundo este autor, o objeto deste novo saber, ou de estudo, são os aspetos éticos implícitos na prática clínica, e a sua metodologia define-a como interdisciplinar, na medida em que o clínico-bioeticista se torna mais especializado do que um moralista tradicional.²⁸

²⁴ Potter, V. R. – “*Bioethics. The science of survival*”, publicado na revista *Perspectives in Biology and Medicine*. n.º 14 (1), p. 127-153

²⁵ Segreccia, E. – *Manual de Bioética – Fundamentos da Bioética*. (Tradução de Mário Matos) 1º Ed. Cascais: Princípia, 2009, p. 15.

²⁶ Reich, W. T. – The word bioethics. The Struggle Over Its Earlier Meanings. In *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1995, p. 19-34

²⁷ Reich, W. T. – The word bioethics. The Struggle Over Its Earlier Meanings. In *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1995, p. 19-34.

²⁸ Segreccia, E. – *Manual de Bioética – Fundamentos da Bioética*. (Tradução de Mário Matos) 1º Ed. Cascais: Princípia, 2009, p. 15

Na verdade, é o conceito de bioética de Hellgers que ganha precedência sobre o conceito de Potter, tendo a definição deste último autor ficado mais ofuscada pela definição da bioética hellgeriana.

Precisamente neste período, a família Kennedy decidiu financiar investigação sobre a prevenção das deficiências mentais congénitas. As implicações éticas dessa investigação incentivaram Hellgers a apresentar uma proposta para a criação de um instituto que se ocupasse tanto da fisiologia da reprodução como das questões de bioética. Surge, assim, em 1971, o The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics – o primeiro centro que empregou, formalmente, a denominação “Instituto de Bioética.”²⁹

2.1. A questão da definição bioética

O itinerário retrospectivo, mas recente, da bioética revela a questão da definição do termo. Desde a primeira posição bioecológica de Potter, a bioética tem vindo a enriquecer-se, graças ao trabalho de vários centros de reflexão – norte-americanos e europeus, entre outros –, com novas reflexões de índole ético-filosófica sobre velhos e novos problemas da medicina, da demografia e da investigação em diversos âmbitos. Com efeito, a bioética coloca a tónica na relação entre a vida humana e a vida infra-humana, confrontando-se com os contributos da ética médica clássica, das várias doutrinas religiosas, com as políticas sociais e de saúde e com os direitos do homem. Ora, face à interação de domínios tão complexos e sensíveis, surge, aqui, segundo Elio

²⁹ Sobre esta assunto ver: Walters, L. – The Center for Bioethics at the Kennedy Institute Georgetown. *In Medical Bulletin*, n. 37 (1), 1984, p. 6-8.

Segreccia, o problema da definição da bioética, problema esse que parece ainda não estar resolvido³⁰.

Há quem configure a bioética como um movimento de ideias historicamente mutáveis; quem a considere como uma metodologia de confronto interdisciplinar entre as ciência biomédicas e as ciências humanas; quem reenvie a reflexão bioética para o domínio de uma articulação da filosofia moral; e quem já defenda que esta reflexão pode ser definida como uma disciplina autónoma, com um papel próprio não identificável com a deontologia, nem com a medicina legal ou os direitos do homem, ainda que não possa prescindir destas disciplinas, nem ser considerada uma secção da ética médica.³¹

Na verdade, o sentido geográfico-cultural da bioética, pelo menos nos tempos mais recentes, através dos contributos trazidos pela ética médica, pela moral religiosa, pela deontologia e pelos direitos do homem, parece evidenciar, como nos diz Elio Segreccia, que estamos perante um panorama muito vasto, mas, ao mesmo tempo, de alguma forma, caracterizado. Isto quer dizer que não é a bioética que se integra na ética médica, a bioética surge como ética aplicada às intervenções na vida e na saúde das pessoas, na qual também se incorpora e inclui o plano social e ambiental.³²

Como já tivemos ocasião de referir no início deste ponto sobre a definição de bioética, Potter, em 1971, para além de cunhar o termo, definiu-o como uma nova disciplina. Considerava-a como uma nova sabedoria que deveria indicar como utilizar o conhecimento científico, com vista a garantir o bem social e a sobrevivência da

³⁰ Segreccia, E. – *Manual de Bioética – Fundamentos da Bioética*. (Tradução de Mário Matos) 1º Ed. Cascais: Príncipia, 2009, p. 30.

³¹ Ver: Bompiani, A. – *Bioetica in Italia. Lineament e tendenze*. Bolonha, 1992

³² Iandolo C. – Ética Clinia e Bioetica. *In Giornale Italiano de Formazione Permanente del Medico.*, 15 (2), 1987, p. 88-103.

humanidade.³³ Mas, volvida quase uma década, Reich dá-nos duas definições diferentes de bioética, nas três edições sucessivas da *Encyclopedia of Bioethics*.

Na edição de 1978, Reich define a bioética como “*estudo sistemático da conduta humana, no âmbito das ciências da vida e da saúde, examinada à luz de valores e princípios morais.*”³⁴ A especificidade deste estudo sistemático está na referência aos valores e princípios morais, pelos quais se regem a ilicitude e a licitude das ações humanas.

Na edição de 1995, e retomada em 2004, Reich confere uma maior amplitude ao termo, definindo “*a bioética como estudo sistemático das dimensões morais – e, nesta sistematização, inclui a perspectiva moral, as decisões, a conduta, as linhas de orientação - das ciências da vida e da saúde, com o emprego de uma variedade de metodologias éticas, numa abordagem interdisciplinar.*”³⁵

Nesta segunda definição, é clara uma aproximação à conceção original da bioética proposta por Potter. Reich, efetivamente, esclarece e confirma a perspectiva mais ampla que o neologismo tinha, quando foi proposto há cinquenta anos, em que a ética médica ampliada inclui a ética da investigação biomédica. Este alargamento de âmbito inclui os problemas sociais, ambientais e globais da saúde e das ciências da vida³⁶.

Na definição de 1995, o objeto material da bioética foi alargado a todas as dimensões morais, como as condutas sociais e as decisões políticas, além de modificar o objeto formal da bioética, que já não aparece apenas como examinada à luz de valores e princípios morais, mas, sim, através das diversas teorias éticas. Reich, elimina, assim, o

³³ Potter, V. R. – “*Bioethics. The science of survival*”, publicado na revista *Perspectives in Biology and Medicine*. n.º 14 (1), p. 127-153

³⁴ Ver: Reich, W. T. – *Encyclopedia of Bioethics*. Nova Iorque: Simon and Schuster, 1978.

³⁵ Ver: Reich, W. T. – *Encyclopedia of Bioethics*. Nova Iorque: Simon and Schuster, 1995.

³⁶ Spinsanti, S. – Incontro com Warren Reich. *In L'Arco de Giano*, n. 7, 1995, p. 219.

equivoco gerado, de que os princípios bioéticos sejam apenas os que foram definidos por Beauchamp e Childress³⁷, e deseja abrir a porta ao pluralismo ético.

Apesar desta abertura ser importante, Elio Segreccia chama a atenção para o facto de, ao não se fixar apenas nos princípios bioéticos, poder cair com facilidade no risco do relativismo, impedindo, assim, o papel “normativo da bioética”³⁸. Na verdade, diante de um problema ético, é necessário começar por analisar os diversos pontos de vista, mas é imprescindível a tomada de decisão (dado o que a bioética tem uma finalidade prática) e a verificação da validade dos argumentos e dos critérios fornecidos para cada uma das diversas posições. Por isso, a validade da escolha deve ser fundamentada e argumentada racionalmente, pois só deste modo se evita cair no relativismo ético³⁹.

A bioética apresenta, assim, desde a sua origem científica, características que transcendem, no seu discurso, métodos e objetivos do âmbito das ciências, uma vez que a bioética não é simplesmente uma nova versão da ética médica, na medida em que inclui áreas não médicas.

Com o surgimento, na década de 70, da engenharia genética (técnicas de DNA recombinante), logo se começou a colocar graves questões éticas acerca dos limites que deveriam ser impostos. A terapia genética, com a sua sofisticada elaboração de materiais biológicos (concretizada através da engenharia genética), pode considerar-se não médica,

³⁷ Ver: BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. - *Principles of Biomedical Ethics*. 1ª Ed., Nova York: Oxford University Press, 1979; BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. (2001). *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

³⁸ Segreccia, E. – *Manual de Bioética – Fundamentos da Bioética*. (Tradução de Mário Matos) 1º Ed. Cascais: Princípiã, 2009, p. 35.

³⁹ Para especificar melhor o objeto da bioética e a sua relação entre esta disciplina, a deontologia e medicina legal, em 1991, um grupo de trabalho elaborou um documento chamado “Documento de Erice”, no qual refere em grande parte os conteúdos da Encyclopaedia of Bioethics de 1978 e reconhece a competência da bioética em quatro âmbitos: a) os problemas éticos das profissões da saúde; b) os problemas éticos emergentes no contexto das investigações sobre o homem, ainda que não diretamente terapêuticas; c) os problemas sociais ligados às políticas sanitárias (nacionais e internacionais) à medicina ocupacional e as políticas de planeamento familiar e de controlo demográfico; d) os problemas relativos à intervenção na vida dos outros seres vivos e em geral tudo o que se refira ao equilíbrio do ecossistema.

desencadeando uma vastidão de problemas éticos relativos ao melhoramento da espécie humana e ao eugenismo⁴⁰.

Um outro aspeto da bioética que a distingue da clássica ética médica é a sua dimensão social. Na segunda metade do século XX, a tecnociência associada a outras tecnologias biológicas e cibernéticas, interligadas com a biomedicina, passou a partilhar um forte impacto social, atualmente muito evidente. Muitas tecnologias médicas têm hoje repercussões que ultrapassam a relação médico/pessoa doente, refletindo áreas que têm a ver com a família, a economia, o direito, o acesso justo e equitativo a essas mesmas tecnologias⁴¹.

Devido à introdução da dimensão social, a bioética situa-se em zonas de interseção de vários saberes, nomeadamente das tecnociências (sobretudo da biologia e medicina); das humanidades (como a filosofia, ética, teologia, antropologia, psicologia); das ciências sociais (economia, política e sociologia) e de outras disciplinas, como o direito⁴².

Há autores que afirmam que não se trata apenas de uma confrontação interdisciplinar, mas antes de um diálogo pluridisciplinar que se designa de transdisciplinar.

Na esteira de Luís Archer, a bioética, no seu objeto, refere a nova biologia e a biomedicina, sendo a sua metodologia transdisciplinar, plural e democrática⁴³. Significa que os cultores da bioética, se cientistas, têm que integrar na sua estrutura mental os valores e os critérios humanistas, da mesma forma que estes têm de incorporar, nos seus paradigmas, os métodos científicos. O cientista e o filósofo não falam dos mesmos objetos

⁴⁰ Sobre este assunto ver: Archer, L. *Novos problemas da engenharia genética*. Obra Seletta. Vol III. Bioética (1980-1997). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2017, p.27-30; ver ainda: Brotéria-Genética, 5, (1995), p. 5-8; Âmbito de característica da Bioética. In *Bioética*. (coord. Luis Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald. Porto: Editorial Verbo, 1996, p.23.

⁴¹ Sobre este aspeto ver: Neves, M.C. P. – *Ética Aplicada – Novas tecnologias*. Lisboa: Edição 70, 2018.

⁴² ARCHER, L. - Fundamentos e princípios. In *Bioética*. (coord. Luis Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald. Porto: Editorial Verbo, 1996, p.25.

⁴³ *Idem*, p.25.

nem usam a mesma linguagem, mas podem esclarecer diferentemente a mesma realidade concreta. Neste sentido, a bioética não é propriamente uma disciplina, mas sim uma nova transdisciplina⁴⁴ (apesar de outros autores a considerarem como interdisciplinar⁴⁵) cujo esforço de integração mútua, segundo Archer, faz dela um opositor frontal tanto ao cientificismo e tecnicismo, como a um filosofismo que despreze, no seu raciocínio, o conhecimento científico e técnico, e lhe negue autonomia⁴⁶.

A transdisciplinaridade da bioética pretende, na visão do autor acima referido, manter a autonomia e a independência tanto das áreas científicas como das humanistas, respeitando e aceitando os seus diferentes métodos, linguagem, objetivos e conclusões, com vista a procurar a complementaridade na defesa da dignidade da pessoa humana.

No mesmo sentido, Walter Osswald diz que a bioética é transdisciplinar, na medida em que o debate bioético procura a fundamentação para emitir juízos éticos, acolhidos em argumentos oriundos de ciências diversas. O facto de existir a necessidade de figurarem especialistas em bioética em comissões de ética, nas estruturas académicas e nos grupos de investigação, contribui, de forma clara, para a definição da bioética como transdisciplinar.⁴⁷ A bioética é, para este autor, a reflexão, o debate, a escuta, a procura de soluções convenientes para os problemas e procedimentos que afetam a liberdade, a dignidade e o bem-estar dos seres humanos.⁴⁸

Segundo Daniel Serrão, o método do pensamento bioético tem dois olhares distintos: o primeiro olhar, como reflexão; o segundo, como decisão⁴⁹. Assim, o autor

⁴⁴ *Idem*, p.25.

⁴⁵ Ver sobre este assunto: Courinho, V. – *Bioética e teologia: que paradigma de interação?* Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005.

⁴⁶ ARCHER, L. - Fundamentos e princípios. In *Bioética*. (coord. Luis Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald. Porto: Editorial Verbo, 1996, p.25.

⁴⁷ Cf. Osswald, W. *Cadernos do Mosteiro*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2007, p. 109-113.

⁴⁸ OSSWALD, W. - *Folhas do Caminho*. OAZ: Cápsula de Letras Editora, 2021, p. 15.

⁴⁹ SERRÃO, D. - Em busca de novas fundamentações teóricas para a bioética lusófona: o possível contributo de pensadores espanhóis. In *Conhecimento e Sociedade: A Memória do Presente na Construção do Futuro*. Rio de Janeiro: Real Engenho, 2011, p. 33-70. Daniel Serrão: propõe a bioética como uma

apresenta duas categorias: a Bioética I, disciplina que é cultivada pelos filósofos, e a Bioética II, que se situa no campo das decisões humanas tomadas sobre outros seres humanos ou outros seres vivos. Esta categoria da bioética é cultivada por especialistas de disciplinas diversas. Por isso, é transdisciplinar, porque, na realidade, ela é a análise de procedimentos humanos que são complexos objetos de estudos e, também por isso, não cabem em nenhuma outra disciplina. A bioética, para Daniel Serrão, que a concebe em sintonia com Wlaler Osswald e Luis Archer, é, para já, uma transdisciplina, mas a caminho de assumir o estatuto de uma autêntica disciplina⁵⁰.

2.2. Bioética e os princípios da ética biomédica

Beauchamp y Childress (1979)⁵¹ são os autores da obra *Princípios da Ética Biomédica*, na qual se difundem os quatro princípios bioética que tiveram forte aceitação e implantação no âmbito da tomada de decisão clínica, a saber, os princípios: 1) do respeito pela autonomia – uma norma sobre o respeito pela capacidade, por parte de pessoas autónomas; 2) da não-maleficência – uma norma que previne que não se provoque danos; 3) da beneficência – um grupo de normas para proporcionar e ponderar benefícios contra riscos e custos; 4) da justiça – um grupo de normas para distribuir os benefícios, os riscos e os custos de forma justa⁵².

Estes princípios bioéticos, como atrás surge explicitado, acolheram ampla aceitação na prática clínica, sendo certo que todos os princípios têm o mesmo valor,

reflexão (Bioética I) a nível intelectual, filosófica e antropológica – o homem como ser pensante e livre que pensa por si próprio, que vive na relação com o outro e com um Outro Transcendente. A Bioética de decisão (Bioética II) situa-se no campo objetivo dos comportamentos humano como decisões concretas que toma sobre si e sobre os outros.

⁵⁰ Pereira, H. – *Daniel Serrão aqui diante de mim*. Lisboa: Esfera do Caos, 2011, p. 203.

⁵¹ Beauchamp, T.; Childress, J. – *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979. Seguimos estes autores através da edição de 2002. Beauchamp, T.; Childress, J. – *Princípios da Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

⁵² Cf. Beauchamp, T.; Childress, J. – *Princípios da Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p.51.

devendo possuir, segundo os autores, um sentido de *prima facie*, traduzível na possibilidade de, na avaliação dos casos clínicos, existir a necessidade de recorrer a qualquer um deles⁵³.

Contudo, a bioética, no seu sentido mais global, inclui não só os quatro princípios referidos na obra citada, mas contempla, ainda, outros com igual valor, como os que são mencionados na Declaração de Barcelona de Bioética (2000).

Vale a pena recordar, neste contexto, o trabalho de Jacob Rendtorff e Peter Kemp, que formularam um projeto, apoiado pela Comissão Europeia, apresentado, em 1998, na Declaração de Barcelona e, em 2000, sob a forma de livro, intitulado *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*. Nesta obra, os autores criam como que um quadro de princípios (a que muitos atribuem a designação de ‘ideias orientadoras’), em que se pretende refletir um modelo menos anglo-saxónico e mais devedor da matriz europeia. Os princípios nele encontrados são os da ‘autonomia’, da ‘dignidade humana’, da ‘integridade’ e da ‘vulnerabilidade’, princípios que facilmente serão reconhecidos como fazendo parte de uma moral comum que define a matriz europeia.

Na verdade, segundo os estudiosos desta declaração de Barcelona, os princípios enunciados não são um ponto de partida, mas um ponto de chegada, após se terem encontrado consensos. Talvez, segundo alguns destes estudiosos, seja essa a causa mais profunda do sucesso do principialismo na Bioética. É que, contrariamente a outros modelos, que visavam forçar a adoção de princípios para, numa segunda fase, encontrarem fundamentos e consensos, o principialismo, tão presente nesta Declaração de Barcelona e, mais recentemente, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos

⁵³ Cf. Beauchamp, T.; Childress, J. – *Princípios da Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p.50-54.

Humanos (aprovada pela Unesco, em 2005) procura consensos que se estruturam em princípios comuns.

Em épocas de relativismo e de um pluralismo que serve de justificação para a dispersão e o desentendimento, a bioética parece situar-se em contracorrente, merecendo e exigindo a presença e intervenção dos que ainda se inquietam com o bem do Homem, do Mundo, de um alvorecer feito do respeito para com a dignidade dos mais frágeis.

3. BIOÉTICA - O DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE

Podemos afirmar que a bioética, sendo um área específica da ética, aplicada às ciências da saúde e da vida em geral, que salvaguarda a proteção e o respeito pela vida humana, tem como premissa garantir a eticidade das ações humanas perante problemas éticos no âmbito da biomedicina, como “garantia” da verificação do cumprimento dos princípios bioéticos⁵⁴ da dignidade humana, da beneficência, da não maleficência, da vulnerabilidade, da integridade, da justiça e da equidade e do respeito pela autonomia da pessoa doente.

No contexto atual, quer seja nas políticas de saúde, quer seja no contexto social (no acesso à saúde e aos serviços de saúde) , a justiça deverá forçosamente ser encarada como valor social fundamental. Segundo Daniel Serrão, numa matéria tão sensível como esta, “emerge a equidade como pilar essencial”⁵⁵. Por seu turno, Zoboli defende tratar-se de “um imperativo categórico para as decisões das instituições de saúde e sociais”⁵⁶, sendo que é forçoso que a bioética, na sua função de deliberação para a tomada de decisão,

⁵⁴ Ver: Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. - *Principles of Biomedical Ethics*. 1ª Ed., Nova York: Oxford University Press, 1979; Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (2001). *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

⁵⁵ SERRÃO, D. - A ética médica e os custos de saúde. In *Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora, 1998, p. 155-168.

⁵⁶ Zoboli, E.L.C.P; Fracoli, L.A. - A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. In *Mundo da saúde*. 30(2), 2006, p.312-317.

considere que os valores éticos devem prevalecer diante de uma ética de mínimos⁵⁷, com vista a assegurar o direito à proteção da saúde, e que a dignidade da pessoa humana não é afetada, quando a pessoa necessita de cuidados de saúde e do acesso aos mesmos.

3.1. O Princípio da dignidade Humana

O primeiro princípio bioético a considerar nos cuidados saúde é o da dignidade humana⁵⁸. Apesar de serem muitas as discussões sobre a definição do que é a dignidade, é verdade que este princípio incondicional cobre, segundo Daniel Serrão, a especificidade do ser humano como pessoa racional e autoconsciente, mas também como membro da espécie humana.⁵⁹

A exigência bioética do respeito pela dignidade humana é o ponto-chave que estrutura e dá sentido último a todos os demais princípios éticos que governam as atividades biomédicas e o acesso a cuidados de saúde. Mas, apesar do caráter omnicompreensivo da noção de dignidade humana, a verdade é que este princípio pode ser controverso, sobretudo quando se colocam as questões da eutanásia, do morrer com dignidade ou de uma morte digna. No entanto, porque consideramos equivocada esta última noção, de modo a esclarecer esta controvérsia, abordaremos a dignidade humana nos domínios do direito e do que afirma a bioética acerca da mesma.

⁵⁷ Renaud, M. - A bioética e a liberdade política. In *Revista Portuguesa de Bioética (Cadernos de Bioética)*. Ano XX, (19), 2014, p. 35-45.

⁵⁸ Ver sobre este assunto: . Andorno, R. – Dignidade Humana. In *Enciclopedia de Biorieito y Bieética*. Tomo I. (Diretor Carlos Casabona). Granada: Editorial Comares, 2011, p. 658-663; Andorno, R. La dignidade humana como fundamento de la bioética ey de los derechos humanos em n la Declaracion Universal. Gors Espill Héctor, Gomez Sanchez Ylonda (Coord.) In *La Declaração Universal sobre Bioética e Direito Humanos*, 2006, p. 253-270; Bayertz, K. – Voz “Menschendw” Ürde. (trad. Espanhol). In Hans-Jörg Sandarkühler (Coord.) *Ezyklopädie Philosophie*. Hamburgo. F. Meiner, 1999, p.824-825; Beyleved, D.,; Brownsword, R. – Human dignity in bioethics and biolaw. Oxofor: Oxoford University Press, 2002; Kant, E. (2004). *Metafísica dos Costumes*. (Trad. José Lamego). [n.º 435]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p.367; Mathieu, B. – Les normrs internacionais de la bioéthique. Paris: Press Universiiaires de France, 1998; Macklin, R. – Dignity is a useless concetp. In *British Medical Journal*. Vol 327, 2003, p. 1419-1420.

⁵⁹ Serrão, D. - A ética médica e os custos dos cuidados de saúde. In *Ética em cuidados de saúde*. (Coord. Daniel Serrão; Rui Nunes). Porto: Porto Editora, 1998, p. 155-168.

3.1.1. A dignidade humana no campo da bioética

É um facto inegável que a dignidade humana é vista como a noção-chave dos principais instrumentos governamentais relativos à Bioética, sobretudo pelos que foram adotados pela UNESCO e pelo Conselho da Europa. A Declaração sobre o Genoma Humano e a Declaração dos Direitos Humanos da UNESCO utilizam por quinze vezes a expressão “dignidade humana”.

Por sua vez, a Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho da Europa (1997 - Convenção de Oviedo) inclui a referência à dignidade humana no seu título – “Convenção para a proteção dos direitos humanos e a dignidade do ser humano com respeito às aplicações da biologia e medicina” -, no Preâmbulo e no seu art.º 1.º, que menciona a proteção da dignidade do ser humano entre os objetivos do documento, reconhecendo que a dignidade humana “*constitui o fundamento dos principais valores defendidos por esta Convenção*”.⁶⁰

Também a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (2005)⁶¹, como primeiro instrumento de natureza legal (mas não vinculativo) e com um alcance global, fixa um conjunto de princípios gerais para todas as atividades biomédicas, sendo de referir que a dignidade humana configura não só o objetivo principal da Declaração (art.º 2.º), como ocupa o primeiro lugar na lista de princípios enumerados no art.º 3.º. Neste sentido, reconhece a dignidade humana como garantia da não discriminação ou estigmatização de pessoas ou grupos (art.º 11) e fixa um limite ao respeito da diversidade cultural (art.º 12.º) como parâmetro interpretativo do conjunto das normas da Declaração (art.º 28.º).

⁶⁰ Ver: Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho da Europa, (de 1997 - Convenção de Oviedo)

⁶¹ Ver: Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, (2005).

Ainda neste contexto e, de modo a aprofundar o significado da noção de dignidade humana em Bioética, é importante considerar a sua relação com o conceito de autonomia.

3.1.2. A dignidade humana e a autonomia da pessoa

Qual a relação da dignidade humana e o conceito de autonomia?

Segundo alguns autores, o respeito pela dignidade das pessoas não é senão o respeito pela sua autonomia. Ruth Macklin é quem afirma que a noção de dignidade é um “conceito inútil”, um “mero slogan” da ética médica, porque só significa o que está contido no princípio ético do respeito pelas pessoas: “*a exigência do consentimento informado, a proteção da confidencialidade das pessoas doentes e a necessidade de evitar discriminações e práticas abusivas*”⁶². Por esta ordem de razão, propõe o abandono da noção da dignidade humana no campo da bioética.

Esta não é a nossa visão nem a dos autores que estudamos, designadamente a perspectiva de Roberto Andorno, segundo a qual esta postura padece de uma grave falha concetual. Nem a noção de “respeito” nem a noção de “autonomia” se podem identificar com a ideia de dignidade. Na verdade, e sem qualquer dúvida, como ficou anteriormente enunciado, a dignidade humana gera um dever de respeito pela pessoa, mas tal respeito não é mais do que uma consequência da dignidade. É a dignidade a razão que justifica a necessidade de respeito. As noções não são sinónimas, mas encontram-se numa relação de causa e efeito.⁶³

Seguindo o mesmo autor, a dignidade não se pode reduzir à autonomia da pessoa, não obstante o facto de a tutela da autonomia das pessoas ser uma exigência do princípio

⁶² Sobre assunto: MacLkin, R. – Dignity es a useless concept. *In British Medical Journal*, Vol. 327, 2003, p. 1419-1420.

⁶³ Cf. Andorno. R. – Dignidade Humana. *In Enciclopedia de Biorieito y Bieética*. Tomo I. (Diretor Carlos Casabona). Granada: Editorial Comares, 2011, p. 658-663.

do respeito da dignidade, não podendo, contudo, a ela se sobrepor. Para dar alguns exemplos de que a autonomia não se sobrepõe à dignidade, basta lembrar os recém-nascidos; as pessoas que, por algum motivo, perdem a sua autonomia, de forma grave, temporária ou irreversivelmente, por doença; as pessoas com doença mental. Todos perder a autonomia, mas não perdem a dignidade e o direito aos cuidados adequados.

Ainda é de todo importante recordar que há um sem número de decisões autónomas que, por ferirem a dignidade da própria pessoa, não são consideradas legítimas, quer do ponto de vista ético, quer do ponto de vista do Direito. Por exemplo, no campo médico, se uma pessoa desejar doar um órgão cuja falta lhe cause a morte, as normas éticas, deontológicas e legais não o permitirão. A este nível, podemos igualmente elencar outras situações, tais como o pedido de eutanásia; o abortamento (na maioria dos países); o consentimento para uma experimentação científica que implica um risco desproporcional para a própria vida; a amputação de um membro que não se encontre com problemas de saúde; a vontade de vender um filho por razões socioeconómicas (ou outras). Todos estes exemplos, apesar de decisões baseadas na autonomia, são incompatíveis com a dignidade humana e, por esta razão, não são reconhecidas nem pela ética, nem pelo direito.

Neste sentido, a proposta de autores como o que citámos, que considera a dignidade humana como princípio inútil, não colhe, de modo algum, validade. É, na verdade, “a dignidade humana que fixa o marco em que as decisões autónomas gozam de ilegitimidade”⁶⁴.

A nossa perspetiva bioética da dignidade baseia-se na formulação de Kant, quando este autor afirma que cada pessoa deve ser tratada como um fim e nunca como um meio para satisfazer interesses alheios. A pessoa é um fim em si mesmo, porque:

⁶⁴Cf. Andorno. R. – Dignidade Humana. In *Enciclopedia de Biorieito y Bieética*. Tomo I. (Diretor Carlos Casabona). Granada: Editorial Comares, 2011, p. 658-663.

*“somente o homem, como sujeito de uma razão prático-moral, está acima de todo o preço; pois que, como tal, não pode valorar-se a si mesmo apenas como meio para fins alheios, mas sim como fim em si mesmo, isto é, possui uma dignidade (um valor intrínseco absoluto) mediante a qual obriga todos os demais seres racionais do mundo a guardar-lhe respeito, podendo medir-se com qualquer outro desta espécie e valorar-se em pé de igualdade”*⁶⁵

Neste sentido, a pessoa humana é um fim em si próprio e nunca um meio que possa ser usado e destruído, ainda que para benefício dos outros seres humanos, sendo exigido o respeito de qualquer homem, respeito do qual ela não pode ser despojada, mas sim valorada, como ser sensível (de acordo com a sua natureza humana) e como se inteligível (de acordo com a natureza moral do homem)⁶⁶. A sua autonomia, como princípio ético a respeitar, não reduz o valor da dignidade humana nem autoriza que se lhe possa causar prejuízo, rebaixando-a a um modo ou um meio servil.⁶⁷

É a dignidade humana o pilar fundamental das normas bioéticas na orientação das atividades médicas, no que respeita ao direito à vida, à saúde e à integridade física e psíquica. Daqui decorre que o princípio da dignidade humana seja a fonte da qual emergem todos os direitos, como o direito aos cuidados de saúde justos e equitativos. É a dignidade humana que justifica toda a regulação de normas legais no acesso aos cuidados de saúde e é a última barreira face à ameaça de alteração das características básicas do género humano que podem resultar do desenvolvimento biotecnológico exponencial e avassalador.

⁶⁵ Sobre este assunto ler: Kant, E. (2004). *Metafísica dos Costumes*. (Trad. José Lamego). [n.º 435]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p.367.

⁶⁶ Gomes, C. C. – Contributos éticos para o estatuto jurídico do embrião humano. In A Pátria. Jornal da Comunidade Científica Portuguesa, (agosto de 2022). ISSN 2184-2957.

⁶⁷ Cf. Kant, E. (2004). *Metafísica dos Costumes*. (Trad. José Lamego). [n.º 435]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 367

Todavia, apesar de se reconhecer a dignidade humana como um valor essencial na relação humana, é importante referir que, diante de situações dilemáticas no âmbito de decisões clínicas e de investigação, a dignidade não é uma palavra ou conceito mágico que basta invocar para uma resposta definitiva. Isto explica a necessidade de recorrer a instrumentos jurídicos e aos direitos fundamentais, para que a dignidade se possa operacionalizar. Um dos instrumentos no âmbito da prática clínica para responder a situações complexas é o recurso a noções como o consentimento informado, a confidencialidade, a integridade física, a não discriminação e o acesso a cuidados de saúde que se expressam na terminologia fundamental dos direitos⁶⁸.

A dignidade humana significa, por excelência e em última instância, a exigência do respeito incondicional das pessoas, devendo iluminar e dar sentido mais profundo a todas as atividades clínicas e médicas. As ciências médicas têm um fim, que é o de estar ao serviço das pessoas para contribuir para o seu bem-estar físico e psíquico. Não é a pessoa que está para servir a medicina, mas sim a medicina que está para servir a pessoa. É precisamente esta ideia que fundamenta da noção de dignidade humana e que a bioética nos recorda⁶⁹.

⁶⁸ Cf. Andorno, R. La dignidade humana como fundamento de la bioética ey de los derechos humanos em n la Declaracion Universal. Gors Espill Héctor, Gomez Sanchez Ylonda (Coord.) In La Declaración Universal sobre Bioética e Direito Humanos, 2006, p. 253-270-

⁶⁹ Cf. Andorno. R. – Dignidade Humana. In *Enciclopedia de Biorieito y Bieética*. Tomo I. (Diretor Carlos Casabona). Granada: Editorial Comares, 2011, p. 658-663.

3.2. Autonomia como princípio bioético

O respeito pela autonomia é um conceito fundamental em bioética.

Com a evolução da bioética, nos últimos cinquenta anos, muito se tem refletido sobre como orientar as ações médicas e clínicas, face aos dilemas e conflitos bioéticos oriundos da exigência ética de cumprir o princípio do respeito pela autonomia, quando outros princípios fundamentais no âmbito da saúde e do acesso à saúde, da investigação, das novas tecnologias aplicadas à vida humana, entram em conflito com este.

Na perspectiva bioética, o princípio do respeito pela autonomia exige que toda a ação comporte as consequências do ato para as pessoas implicadas. Tristram E., na obra *Os fundamentos da Bioética*, designa o respeito pelo princípio da autonomia como princípio de autoridade moral. Com esta formulação, o autor pretende afirmar que nenhum outro valor pode, de facto, ser concretizado, se não se reconhecer a autonomia e a liberdade dos implicados através do “princípio da permissão”⁷⁰. É deste princípio que resulta a autoridade para a concretização das ações que o homem e a sociedade possam realizar sobre a pessoa humana, uma vez que é a “permissão” que dá origem ao consentimento. Como consequência do “princípio de permissão”, Engelhardt, afirma:

- a) Sem permissão ou consentimento, não há autoridade;
- b) Ações contra essa autoridade são merecedoras de acusação, no sentido de colocarem o violador fora da comunidade moral em geral, e tornada lícita (mas não obrigatória) a força retaliatória defensiva ou punitiva.

⁷⁰ Cf. Engelhardt, T. – *Fundamentos da Bioética*. 2ª ed. São Paulo. Edições Loyola, 2004. p. 132-168.

Decorre desta afirmação o que o autor denomina como princípio do consentimento, a base para aquilo que se designa de “moralidade de autonomia”, como respeito mútuo baseado na máxima:

“não faça aos outros aquilo que eles não fazem consigo mesmos, e faça por eles o que foi contratado para fazer”⁷¹

O Relatório de Belmont (1978), na sua essência, invoca, pelo menos, duas convicções éticas para que haja consentimento informado⁷²: a primeira é a de que todas as pessoas devem ser tratadas como autónomas; a segunda, a de que todas as pessoas cuja autonomia esteja diminuída devem ser protegidas.

A pessoa autónoma é definida como aquela que é capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e atuar de acordo com a sua deliberação. O respeito pela autonomia significa “dar valor às opiniões e escolhas das pessoas e abster-se de obstruir as suas ações, a menos que estas causem um claro prejuízo a outros.”⁷³

3.3. Justiça e equidade

O que se entende por justiça e equidade num sistema de saúde que pretende responder às necessidades de todas as pessoas?

⁷¹ Cf. Engelhardt, T. – *Fundamentos da Bioética*. 2ª ed. São Paulo. Edições Loyola, 2004. p. 159.

⁷² Sobre o consentimento informado ver: Código de Núremberg, 1947; Declaração de Helsínquia da Organização Médica Mundial (1964) na sua versão de 2013; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, EE, UU, 1978.

⁷³ INFORME BELMOLT – Texto traduzido pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, EE, UU, 1978. (Trad. Espanhol Couceiro Azucena). In *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastel, 1999, p. 313-324.

Os termos não são consensuais, uma vez que existem visões diferentes sobre os mesmos⁷⁴. Segundo Amartya Sen, “o exemplo mais adequado para o entendimento da justiça será, porventura, a ideia da teoria da justiça de Rawls⁷⁵, de que a justiça tem de ser vista sob a perspectiva das exigências feitas pela equidade.”⁷⁶

Mas o que queremos dizer quando falamos em equidade? A resposta pode ser dada de diferentes maneiras.

3.3.1. Definição de equidade

De acordo com Amartya Sen⁷⁷, um ponto central da equidade é evitar qualquer parcialidade nas valorações que realizamos, tendo como premissa os interesses e as preocupações dos demais. Para além disso, em particular, é necessário evitar ser influenciado pelos próprios interesses pessoais ou pelas nossas prioridades ou preconceitos.⁷⁸

Daniel Serrão afirma que do valor da justiça deduz-se a equidade, como um princípio bioético que deve orientar todo e qualquer Sistema de Saúde. A Constituição Portuguesa refere-se ao conceito de equidade também na linha de uma distribuição justa

⁷⁴ LOEWY, E. - Justice and health care systems: what would the ideal health care system look like. *In Health Care Analysis*. 6, 1998, p. 185-192.

⁷⁵ Ver: RAWLS, J. - *A theory of justice*, Cambridge, 1971.; M. A.: Harvard University Press. RAWLS, J. Outline of rules procedure for ethics, *Philosophical Review*, 1995, p. 60.

⁷⁶ SEN, A. - *A ideia de justiça*. Coimbra; Almedina, 2010, p. 98.

⁷⁷ *Idem*, p. 99. (Segundo Amartya Sen, “*Cumprir-nos informar que a ideia de justiça aparece nas obras de John Rawls em, pelo menos, três diferentes contextos. Primeiro, temos a operação pela qual faz derivar os seus “princípios da justiça” que aparece baseada na ideia de equidade, sendo isto, por sua vez, que vai identificar as instituições que se mostram necessárias à luz da justiça para formar a estrutura básica da sociedade. Esta teoria, que Rawls elabora com grande pormenor, partindo deste ponto, avança depois passo por passo até chegar às tarefas de legislação e aplicação daquelas que são, do ponto de vista de Rawls, as exigências da “justiça como equidade”. há depois uma segunda esfera – aquela relativa à reflexão e desenvolvimento de um “equilíbrio reflexivo – na qual podem ainda comparecer ideias sobre a noção da justiça, mas aqui, a atenção dirige-se sobretudo às nossas avaliações pessoais sobre o que é bom e correto. O terceiro contexto corresponde ao que Rawls apelida de “consenso de sobreposição” e lida com os complexos padrões seguidos pelas nossas concordâncias, dos quais dependerá a estabilidade dos ordenamentos sociais”*).

⁷⁸ *Idem*, p. 100.

dos recursos existentes. Diversos países partilham este princípio, tendo como objetivo possibilitar a garantia, por parte dos sistemas de saúde, do acesso universal a cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos.⁷⁹ Apesar de a equidade ser um princípio orientador no acesso a cuidados, “verifica-se que os sistemas de saúde têm fortes debilidades na concretização do acesso justo e equitativo, afastando-se, deste modo, do seu objetivo principal de redução de iniquidades em saúde” (OMS, 2008).

Segundo a Sociedade Internacional de Equidade na Saúde, “a equidade é definida como a não existência de potenciais diferenças, sistemáticas e/ou remediáveis, em um ou em múltiplos aspetos da saúde, a nível social, económico, demográfico ou geográfico, agrupando a população em grupos e subgrupos”.⁸⁰

O termo “equidade está relacionado com a justiça e com a igualdade, tendo uma dimensão ética, associada à redistribuição de algo de acordo com as necessidades inerentes”.⁸¹ A iniquidade é definida “como a existência de diferenças desnecessárias, injustas e evitáveis”.⁸²

Podemos ainda dizer que, para além do princípio bioético da equidade, o princípio da solidariedade encontra correspondência no âmbito do conceito de justiça distributiva, o qual tende a assegurar “o direito de todas as pessoas ao acesso aos cuidados de saúde, no sentido de que a todas deve ser garantido este acesso, independentemente da sua condição psicológica, física, social e económica; das incapacidades ou deficiências de cada pessoa que, ao ser limitada ao acesso a cuidados, serão consideradas injustas, na medida em que o direito à proteção da saúde é fundamental no que se refere à igualdade

⁷⁹ Cf. Oliver, A.; Mossialos, E. - Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *In Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004, p. 655-658.

⁸⁰ Macinko J, Starfield B. - *International Journal of Equity on Health*, BioMed Central, 2002, I:1

⁸¹ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, RELATÓRIO DE PRIMAVERA. 10/30 anos: Razões para continuar, Lisboa 2009, Disponível em: <www.portaldasaude.pt>, Acesso em abril de 2020.

⁸² Ruitort, M.; Cabarcos, F. - Descentralización y Equidad. *In Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11,2006, p. 22-36.

de oportunidades efetivas naquilo que designa por uma sociedade justa, solidária e transparente”⁸³ que “defenda a prática da liberdade individual e o direito à propriedade, princípios indispensáveis a uma sociedade justa”, devendo ser implementados mecanismos que permitam aos “indivíduos, enquanto pessoas, garantir os seus direitos permitindo-lhes usufruir de procedimentos justos”.⁸⁴

O debate sobre o “conceito de equidade pode conduzir a múltiplas interpretações, que dependem dos valores das pessoas que o utilizam, dos recursos e dos objetivos a atingir com essa redistribuição”⁸⁵, uma vez que uma “distribuição é equitativa se for resultado da tomada de decisões individuais em igualdade de situações condicionantes”.⁸⁶

Contudo, a questão da equidade, segundo Sen, “deve ser encarada como uma disciplina abrangente e não como uma definição restrita de critérios”.⁸⁷

Furtado e Pereira, por sua vez, defendem que “o conceito de equidade em saúde refere-se à ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente”⁸⁸.

Porém, a questão da equidade, como refere Culyer, “deve ter o foco sobre a distribuição dos recursos”⁸⁹, posição contrária à de outros autores que defendem que “a equidade no acesso a cuidados médicos e na distribuição de recursos será apenas instrumental para atingir uma meta mais fundamental na equidade na saúde”⁹⁰ que

⁸³ Cf. Maslow A.H. - A Theory of Human Motivation. In *Psychological Review*. 50, 1943, p. 370-396; NUNES, R. - *Regulação da Saúde*. 2ª Ed. Porto: Vida Económica, 2005.

⁸⁴ Ver: Nunes, R.; Rego, G. - *Prioridades na saúde*. Lisboa: McGraw-Hill, 2002.

⁸⁵ Giraldes, M. - Avaliação do SNS em Portugal: equidade versus eficiência. In *Revista portuguesa da saúde pública*, 23 (2), 2005, p. 21-44.

⁸⁶ Le Grand, J. - *Equity, health and health care*. Gran Canaria: Conferência apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, 1998.

⁸⁷ Sen, A. - Why health equity? In *Health Economics*. 11, 2002, p. 659-666.

⁸⁸ Furtado, C.; Pereira, J. - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. In *Documento de Trabalho, Escola Nacional de Saúde Pública*, 2010, p. 1-52.

⁸⁹ Culyer, J. - Equity – some theory and its policy implications. In *Journal of Medical Ethics*, London, 27, 2001, p. 275-83.

⁹⁰ Williams, A.; Cookson, R. - Equity in Health. In *Anthony J. Culyer; Joseph P. Newhouse (orgs.), Handbook of Health Economics*. Amsterdam, North- Holland: Elsevier, 2000, p. 1863-1907.

implica, de acordo com Whitehead, três aspetos: “a) o acesso igual aos serviços disponíveis de acordo com necessidades iguais; b) a utilização igual para procuras iguais; c) a qualidade dos serviços de saúde igual para todos”.⁹¹

Em Portugal, as políticas de acesso aos cuidados de saúde baseiam-se nos princípios da equidade e da solidariedade, norteados por um modelo, diríamos, flexível, conforme descrito na Lei de Bases da Saúde⁹². Refere este diploma legal que igualdade de oportunidades de acesso para igual necessidade deverá estar presente para todas as pessoas, em todas as regiões do país, devendo todas ter acesso aos mesmos cuidados básicos de saúde, com os mesmos custos e no tempo necessário. Este é um conceito que se relaciona sobretudo com a perspetiva da oferta.

“A igualdade de utilização para igual necessidade salienta o acesso aos cuidados de saúde, implicando uma discriminação positiva para as classes socioeconómicas mais desfavorecidas”.⁹³

A política da saúde tem como objetivo principal a obtenção da igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que habitem, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços. E, segundo o Ministério da Saúde, (2007), *“a equidade é assegurada através da garantia de acesso, em tempo útil, aos cuidados de saúde prestados, em condições de efetiva igualdade, em toda a área geográfica abrangida pelas unidades de saúde”*.

A matriz fundamental de um Sistema de Saúde orienta-se no sentido de “alcançar finalidades e valores claramente definidos pela sociedade e que serão o ponto de partida

⁹¹ Ver: Whitehead, M.; Dahlgren G. - *Políticas e Estratégias para Promover a Equidade Social na Saúde*. Estocolmo. Institute for Futures Studies, 1991.

⁹² Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto, com alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

⁹³ Giraldes, M. R. - Equidade em Áreas Socioeconómicas com Impacto na Saúde em Países da União Europeia, *In Cadernos de Saúde Publica*. Vol.17, (3), 2001, p.533-544.

para desafios estratégicos de médio e longo prazo”⁹⁴. Um bom sistema de saúde pressupõe uma “boa qualidade, um grau de satisfação razoável por parte dos utentes, com custos controlados e um sistema de financiamento repartido, sendo que a equidade está patente no que se refere ao financiamento dos sistemas de saúde, constituindo um dos seus principais objetivos.”⁹⁵

Em Portugal encontra-se subjacente nos diplomas fundamentais de política de saúde um “princípio de igualdade de acesso aos cuidados de saúde”.⁹⁶ Efetivamente, na sociedade democrática e livre em que vivemos, com padrões de solidariedade social em constante evolução, o direito humano à proteção e à promoção da saúde é fundamental para promover a igualdade de oportunidades. Em concordância, declara a Constituição da República Portuguesa, no ponto 1º do Artigo 64º, que “*Todos os cidadãos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*”.⁹⁷ O artigo responsabiliza o Estado pelo dever de garantir a todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto socioeconómico, o acesso a cuidados curativos e preventivos. No mesmo sentido, segundo este artigo, o Estado “tem o dever de garantir uma cobertura racional e eficiente de recursos humanos e materiais em todo o território nacional, financiando os custos dos cuidados de saúde prestados através de fundos públicos”. De igual modo, compromete o Estado a supervisionar e regulamentar os cuidados prestados através de financiamento privado e a coordenar estes cuidados com os do SNS, com o objetivo de assegurar critérios de qualidade e eficiência, quer no sector público quer no sector privado”.⁹⁸

⁹⁴ Ver: Rosa, M. - Sistema de Saúde Português, *In Escola Nacional de Saúde Pública*, Lisboa, 2002.

⁹⁵ Yu C.P., Whynes, D.K., Sach T. (2008) Equity in Health care financing: The case of Malaysia. *In International Journal of Equity in Health*. Vol 7, (15), 2008.

⁹⁶ Pereira, P. T. - A teoria da escolha pública uma abordagem neoliberal? (public choice): *In Análise Social*, Vol. XXXII (141), (2.), 1997, p. 419-442

⁹⁷ VII Revisão Constitucional (2005), Constituição da República Portuguesa, Lisboa 1976. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao>. Acesso em fevereiro 2020.

⁹⁸ Cf. Nunes, R. - *Regulação da Saúde*, *op. cit*, p. 251-258

A necessidade de criar um sistema de saúde justo e equitativo é imprescindível e deve conciliar diversos fatores: a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados às pessoas; a eficiência e a eficácia dos serviços e dos cuidados; a otimização dos recursos de saúde, criando uma nova visão cultural no plano nacional.

Como sabemos, todos pagamos a saúde de acordo com o rendimento individual. “O acesso à saúde não é e “nunca foi gratuito”, precisamente porque, através dos impostos (na base do princípio da solidariedade social), todos financiamos o setor público da saúde.”⁹⁹

A visão de uma cultura aberta, e não ideológica, é necessária. A saúde é muito mais do que um escrutínio de políticas sociais e económicas. Mas é a partir destas que se deve fomentar um novo contrato económico e social que promova, de facto, a equidade no acesso a serviços e cuidados de saúde, sejam eles públicos ou privados.

4. O DIREITO À SAÚDE

O reconhecimento do direito à proteção da saúde encontra-se consolidado tanto no âmbito do Direito Internacional dos Direitos Humanos¹⁰⁰, como no Direito Comparado, consubstanciado em diversos documentos e declarações internacionais, e nas constituições dos Estados aprovadas durante a segunda metade do século XX. Este direito, constitucionalmente reconhecido a nível internacional, assume-se como um direito social.

⁹⁹ Serrão, D. - *Ética e os custos em cuidados de saúde*, op. cit., p. 155-168.

¹⁰⁰ Ver: art.º 25.º da DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948; CARTA SOCIAL EUROPEIA (1961) art.º 11 e 13 da Parte I; e art.º 11 e 13 da parte II; CARTA AFRICANA DOS DIREITOS DO HOMEM E DOS POVOS (1981); PROTOCOLO ADICIONAL DA CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS EM MATÉRIA DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÓMICOS E CULTURAIS, adotada em São Salvador em 1988, art.º 10; CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DESCAPACIDADE (2006); art.º 25; PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS ECONÓMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS; Ver ainda preâmbulo da CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1946.

Se tomarmos como referência o documento elaborado no ano 2000 pelo Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas (ONU), da qual Portugal faz parte, sobre “*o direito a disfrutar do mais alto nível possível de saúde*”¹⁰¹, podemos afirmar que o direito à saúde é um direito que engloba não só a assistência à saúde oportuna e adequada, mas também se estende aos determinantes básicos da saúde¹⁰².

A Constituição da República Portuguesa¹⁰³, no nº1, do art.º 64.º do Capítulo II – Direitos e Deveres - afirma que “*Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.*” Daqui decorre que, apesar de o direito a ter saúde ser fundamental, tal direito não pode ser entendido como absoluto, dado que os Estados não podem outorgar a proteção total diante de todas as causas possíveis da falta de saúde do ser humano. Esta realidade decorre quer da limitação de recursos (materiais e/ou humanos) quer do facto de sobre a saúde humana incidir um elevado número de fatores, entre os quais se encontram as condições genéticas e a propensão individual para determinadas doenças ou a adoção de estilos de vida assimilados pelas pessoas, sendo certo que a maioria das sociedades reconhece a existência deste direito, inscrevendo-o no quadro dos direitos positivos.¹⁰⁴

Nesta medida, o direito à saúde traduz-se num direito de natureza civilizacional, sobre o qual incide, como expressão máxima, a dignidade da pessoa humana, como refere o art.º 3.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (1997), que reconhece a existência de um direito à saúde, enquanto direito à proteção e à promoção

¹⁰¹ Observações gerais, n. 14, 11 de agosto de 2000, (E/C. 12/2000/4).

¹⁰² Água potável, saneamento básico, alimentação adequada, condições e segurança no trabalho e meio ambiente.

¹⁰³ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. 7.ª Edição, Assembleia da República – Divisão de Edições, Lisboa, 2015.

¹⁰⁴ Nornan, D. – *Is there a right to health care and, if so, what does it encompass?* A companion to bioethics, Blackwell Companions to Philosophy. (Helga Kuhse and Peter Singer). Oxford: Blackwell Publishers, 1998.

da saúde para uma efetiva igualdade de oportunidades, independentemente das condições sociais, económicas, culturais ou, ainda, de deficiência ou incapacidade de que, eventualmente, uma pessoa possa ser portadora.

Acresce, ainda, que sobre este direito fundamental há um “dever moral” que obriga o cidadão autónomo e livre a promover a saúde.¹⁰⁵

4.1. A dignidade humana no direito

A dignidade humana¹⁰⁶ constitui o sentido e o fundamento do Direito.¹⁰⁷ De facto, não é apenas um dever do Direito reconhecê-la, tratando-se, sim, de um direito intrínseco e indelével de todos os seres humanos. A dignidade humana é intangível - intrínseca e inerente a todo ser humano¹⁰⁸. Intrínseca, porque é parte essencial da sua intimidade; inerente, pois não é separável da sua natureza humana, uma vez que a ela está unida.

O Direito Internacional invoca, no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a dignidade intrínseca de todos os membros da família humana, para depois afirmar, no art.º 1.º, que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. O conceito de dignidade humana foi acolhido em todos os Pactos Internacionais de Direitos Humanos (1966) e pela maioria dos instrumentos que condenam práticas contrárias ao valor inerente da pessoa.

Também as constituições nacionais, sobretudo depois da segunda metade do século XX, adotaram o conceito de dignidade humana e a ela fazem referência como fundamento último dos direitos num Estado de Direito, no sentido de afirmar que a

¹⁰⁵ Art.º 64.º da CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. 7.ª Edição, Assembleia da República – Divisão de Edições, Lisboa, 2015.

¹⁰⁶ Ver: Miranda, J.- *Manual de Direito Constitucional, IV, Direitos Fundamentais*. (2000).

¹⁰⁷ Cf. Xavier, R. L. - O respeito pela vida não nascida e respetiva tradução jurídica no ordenamento jurídico português. *In Do início ao fim da vida* (Atas do Colóquio de Bioética, Funchal, 18 3 19 de 2005). Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia – UCP.

¹⁰⁸ CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA (2000).

dignidade humana é intangível e que os poderes públicos têm o dever de a respeitar e de a proteger¹⁰⁹. A este propósito, a Constituição portuguesa, no n.º 1 do art.º 13.º, afirma que: “*todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei*”¹¹⁰.

Os documentos referidos referem que a dignidade humana é intrínseca ou inerente. De facto, estas afirmações dão-nos uma orientação clara do significado da dignidade:

- a) A Declaração Universal dos Direitos Humanos adjectiva a dignidade humana como “intrínseca”, o que significa como íntima e essencial, segundo o Dicionário Real da Academia Espanhola.
- b) As versões francesa e inglesa da Declaração utilizam o adjectivo “inerente”, que faz referência àquilo que, “por sua natureza, está de tal modo unido que não se pode separar”.

Podemos concluir que, em qualquer dos casos, a ideia de fundo é a mesma: a dignidade humana é considerada com algo inseparável da humanidade de cada pessoa, não é uma qualidade accidental (como ser homem, mulher, doente ou com saúde, rico ou pobre), mas algo essencial. Isto é, nenhuma pessoa está desprovida de dignidade.

Por isso, quando afirmamos que os direitos humanos derivam da dignidade inerente da pessoa humana, isso é muito significativo e tem consequências fundamentais. A primeira é que os direitos humanos emergem da dignidade intrínseca de cada pessoa, não decorrendo, por isso, de uma concessão de uma autoridade política. A segunda é que os direitos humanos são iguais para todos, porque derivam da dignidade humana, logo, todas as pessoas possuem os mesmos direitos fundamentais¹¹¹. Na realidade, com a

¹⁰⁹ Ver: Art.º 1.º da Carta dos Direitos Fundamentos da União Europeia, aprovada em Niza, em 7 de dezembro de 2000.

¹¹⁰ Ver art.º 13 e 14.º da CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. 7.ª Edição, Assembleia da República – Divisão de Edições, Lisboa, 2015.

¹¹¹ Schachter, O. – Human dignity as a normative concept. *In The American Journal of International Law*. Vol 77, 1993, p. 848-854.

expressão “dignidade humana”, o Direito Internacional afirma o valor incondicional que cada pessoa possui, em razão da sua condição de ser humano.

No âmbito do acesso a serviços e cuidados de saúde, nenhuma discriminação pode ser aceite. Nada pode servir para discriminar uma pessoa no acesso à saúde (nem sexo, nem idade, nem etnia, nem religião, nem situação económica, nem opção de comportamento)¹¹².

5. MODELOS BIOÉTICOS - ENTRE A CONSEQUÊNCIA DA AÇÃO E A FINALIDADE DO ATO

De modo geral e universal, aceita-se que a ética aplicada às ciências da vida é diversa, na formulação dos modelos éticos de referência e das teorias sobre a fundação do juízo ético. Como afirma U. Scarpelli, “a bioética deveria estabelecer regras formais baseadas no princípio da tolerância de uma qualquer ética ou, quando muito, adicionalmente, propor um princípio de ausência de dano”¹¹³.

No panorama da bioética, não é difícil constatar que nos deparamos com uma pluralidade de criteriologias dificilmente conciliáveis entre si. Este pluralismo, na visão de Segreccia, abrange tanto a antropologia de referência como as teorias sobre a fundação de juízo ético¹¹⁴.

O pluralismo e a diversidade de abordagens na fundação da bioética evidenciaram-se na bioética principialista, baseada na aplicação dos princípios da beneficência, não-maleficência, respeito pela autonomia e justiça. Porém, nos últimos

¹¹² Excluindo comportamentos como a pedofilia, porque ofenda a dignidade humana (Daniel Serrão). Mesmo os criminosos quando adoecem na prisão têm direito a cuidados de saúde, em nome dessa dignidade

¹¹³ Ver: Scarpelli, L. - *La bioética. Alla ricerca dei principi*. Biblioteca della Libertá. (99), 1987, p. 7-32.

¹¹⁴ Cf. Segreccia, E. - *Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica*. Cascais: Editora Pincípio, 2009.

anos, esta abordagem foi objeto de críticas, emergindo, deste modo, outras abordagens: a ética das virtudes, a ética casuística, a ética narrativa, a bioética interpretativa ou hermenêutica, entre outros modelos de bioética¹¹⁵.

Todavia, no plano da bioética e dos seus problemas específicos, é importante a reflexão sobre a bioética, para esclarecer quais são os valores e os princípios fundadores do juízo ético e afirmar uma distinção justificativa do que é lícito e do que é ilícito. Tornasse, pois, importante esclarecer que não chega a elaboração de paradigmas conceituais adaptáveis à solução de casos-limite (baseados no consenso pragmático e, em geral, flexível, de acordo com as circunstâncias). Pelo contrário, é imprescindível realizar uma verdadeira justificação para demonstrar, racionalmente, que um determinado ato moral deve ser considerado bom ou mau, lícito ou ilícito, devido ou proibido, certo ou errado.

Creemos que não se pode acolher uma certa indiferença em relação a todas as teorias e sistemas éticos com base no princípio da tolerância, sobretudo quando se trata e se reflete sobre a vida humana, nas diversas dimensões do existir humano no âmbito da bioética, nomeadamente quando estão em causa as questões de início de vida – defender ou eliminar o feto do útero da mãe; utilizar tecnologias de reprodução medicamente assistida e todas as tecnologias que interferem na alteração da própria vida humana -; questões do fim de vida e questões alusivas à sobrevivência da espécie humana ou da salvaguarda do ecossistema para as gerações futuras.

A bioética, bem como quem a estuda, não pode fugir ao dever moral de procurar orientações válidas, racionalmente fundadas (e, por isso, partilháveis), de forma eticamente responsável. O facto de existirem diversos sistemas éticos não deve constituir um pretexto para não indagar as razões éticas de tal procura, devendo, sim, tornar-se num desafio bioético teórico e pedagógico¹¹⁶.

¹¹⁵ *Idem*, p. 62

¹¹⁶ *Idem*, p.62

Neste desafio, iremos, apenas por questões de interesse para o nosso estudo, aflorar os modelos bioéticos utilitarista e personalista, deixando de lado outras reflexões interessantes, como a questão do cognitivismo e do não-cognitivismo: a lei de Hume; o modelo sociobiologista; a ética descritiva; o modelo subjetivista ou liberal-radical, entre outros.

5.1. Modelo utilitarista

Na formulação deste modelo, e numa clara intenção de não subestimar a fundação individual da norma moral, elaboraram-se diversas fórmulas de uma ética pública muito utilizada nos países anglo-saxónicos que, no final, termina num certo subjetivismo da maioria¹¹⁷, cujo denominador comum é a recusa da metafísica e o ceticismo face à possibilidade de se chegar a uma verdade universal ou a uma norma válida para todos, no plano moral.¹¹⁸

A base deste modelo é a do cálculo das consequências da ação na relação custo/benefício. Se esta relação tem validade, ela acontece num universo de valores e de princípios homogêneos. Ou seja, quando, no contexto de uma doença, o médico toma a decisão de escolher uma terapia, esta deverá ser justamente avaliada com referência aos danos ou riscos e aos benefícios previsíveis para a vida da pessoa doente. Todavia, esta regra não pode ser utilizada em bens que, entre si, não são homogêneos, como, por exemplo, quando se confronta o valor da intervenção ou da terapia (custos económicos) com o valor da vida humana.

¹¹⁷ Cf. *Idem*, p. 72

¹¹⁸ Citado por Segreccia: Mori, M. - *Utilitarismo e morale razinale*; id. Bioetica. Una riflessione in corso. L'Informazione bibliografica, 16, 1996, p. 442-452.

Se, por um lado, temos, como refere Sgreccia, uma “versão do utilitarismo (empirismo de Hume) que reduzia o custo/benefícios à valoração agradável/desagradável da pessoa, o neoutilitarismo de Bentham e Mill, reassume o triplo preceito de maximizar o prazer, minimizar a dor e alargar a esfera das liberdades pessoais ao maior número de pessoas”.¹¹⁹ Parte daqui a ideia do conceito de qualidade de vida. Em contraponto com a sacralidade da vida, a qualidade de vida é agora valorada em relação à minimização da dor e aos custos económicos.

O utilitarismo, na sua versão mais dura ou mais leve, tem como objetivo valorar a eficácia e a utilidade das curas, ou mesmo a conveniência da aplicação de terapias, com base nos recursos económicos para o tratamento de certas doenças: análise/custos/benefícios (ACB); análise/custos/eficácia (ACE), qualidade de vida ajustada aos anos de vida (QALY). Fácil é perceber que qualquer uma destas fórmulas parte de fatores decisivos para intervenções e das atribuições dos recursos de saúde, em comparação com os custos de tratamento, os fatores económicos e a própria recuperação da produtividade da pessoa.

Esta visão utilitária levanta questões éticas de grande sensibilidade, quando estão em causas pessoas - como, por exemplo, recém-nascidos com má-formação, doentes com tumores ou doentes terminais – que, colocadas em confronto com valores não homogéneos (saúde e produtividade; terapia e disponibilidade de recursos económicos), acabam por decretar a recusa das terapias de assistência, em nome da não-produtividade das despesas ou, simplesmente, pelo conceito de qualidade de vida, fatores esses que são valorizados mais pela via económica ou biológica.¹²⁰

¹¹⁹ Sgreccia, E. - *Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica, op. cit.*, p. 51.

¹²⁰ Cf. *Idem*, p. 52.

A moderação do utilitarismo, ao introduzir algumas regras de benefício, como o conceito de equidade, tenta acautelar uma assistência médica mínima¹²¹ com vista a mitigar o utilitarismo da norma.

Porém, segundo a nossa perspetiva, a equidade de imparcialidade, de observação neutral, de extensão social da utilidade, ou do cálculo feliz-social, do mínimo ético não valem para anular uma situação de relativismo e ausência de um fundamento da norma, bem como para conciliar o interesse da pessoa individual com o interesse social.

5.2. Modelo personalista

Em contraponto com o modelo utilitarista, consideramos como válido o modelo personalista, uma vez que anula a subjetividade do modelo precedente (e de outros modelos não refletidos neste estudo) e concretiza a objetividade dos valores e das normas éticas.

Mounier¹²², expoente máximo do personalismo, centra o seu pensamento na valorização da pessoa e na comunicação interpessoal. Este autor encontrou no cristianismo a fonte inspiradora do modelo personalista, ao afirmar que o cristianismo cunhou a “noção decisiva de pessoa.”¹²³ A visão da ética personalista assenta no respeito pela dignidade da pessoa como um todo indissociável, destacando-se do individualismo, que centra a pessoa em si mesma, para descentrá-la e abri-la à relação interpessoal. Deste modo, o personalismo salienta que “o primeiro ato da pessoa deve ser a criação de laços pessoais nas estruturas sociais, nos costumes, nos sentimentos e nas instituições.”¹²⁴

¹²¹ Cf. *Idem*, p. 53

¹²² Seguimos de perto a obra de: Mounier, E. - *O personalismo*. Coimbra: Ariadne Editora, 2004.

¹²³ Cf. *Idem* p. 28.

¹²⁴ Cf. *Idem*, p. 73.

A perspectiva do modelo bioético, ou ético personalista, é de suma importância nos cuidados de saúde e nas organizações e gestão hospitalar, tendo em conta que a prestação de serviços não produz objetos, mas relações humanas. A prevalência da visão personalista e humanista deve superar a visão tecnicista da gestão e da prestação de cuidados de saúde, sem que isto signifique um desinvestimento técnico e científico de qualidade, mas pressupondo que ambos – ética e técnica – se compaginem numa compenetração sem confusão, na valorização da totalidade da pessoa humana e no respeito pela sua dignidade, valor intrínseco ao ser humano, “possuidor de uma dignidade ontológica inalienável e indestrutível.”¹²⁵

Sem realizar uma apurada análise ao personalismo, e seguindo de perto Segreccia (autor pioneiro da bioética personalista), o significado histórico do personalismo remete para uma tripla compreensão, envolvendo o personalismo relacional, o personalismo hermenêutico e o personalismo ontológico¹²⁶. No primeiro caso, sublinha-se o significado relacional-comunicacional e o valor da subjetividade e da relação intersubjetiva de J. Habermas, que coloca na base do consenso social a comunicação, que deveria, por um lado, consentir a superação da razão calculista do utilitarismo e, por outro, abrir a possibilidade de entendimentos dos conteúdos e dos destinatários dos valores¹²⁷. No significado hermenêutico, eleva-se a importância da consciência subjetiva na interpretação da realidade segundo a própria “pré-compreensão”, no sentido de Gadamer. No significado ontológico, sem negar a subjetividade relacional e da consciência, quer dar-se destacar-se que, no fundamento da própria subjetividade, está uma existência e uma essência constituídas na unidade corpo-espírito¹²⁸. A pessoa é, então, entendida,

¹²⁵ Cf. Mezommo, A. A. - Fundamentos da humanização hospitalar – uma visão holística. *In Revista Bioethikos*. Vol. 6, (2), 2012, p. 217-221.

¹²⁶ Cf. Segreccia; E. *Manual de Bioética: Fundamentos e ética biomédica, op. cit.*, p. 77-80.

¹²⁷ Sobre este assunto ver: Habermas, J. - *Teoria e Passi nella società tecnologica*. Bari: Laterza, 1978.

¹²⁸ Veja-se Vifora - *Vent' Anni di Bioética*. Pádua, 1990, p. 45-48;

como *ens subsistens ratione praeditum* ou, como define Boécio, *rationalis naturae individua substantiva* - “No homem, a personalidade subsiste na individualidade constituída por um corpo animado e estruturada por um espírito”¹²⁹.

Sgreccia, afirma que a “bioética personalista, ontologicamente fundamentada, resolve as antinomias dos paradigmas éticos tradicionais e, ao mesmo tempo, constrói a objetividade dos valores e das normas”.¹³⁰

O personalismo funda a sua razão na própria razão do homem e na liberdade do seu pensamento: o homem é pessoa, porque é o único ser capaz de reflexão sobre si mesmo – autonomia /autodeterminação; é o único ser vivo que é capaz de absorver e descobrir o sentido da sua existência e atribuir sentido à palavra que expressa. A pessoa, o eu, não é apenas uma estrutura biológica - um átomo, células ou neurónios -, mas também uma estrutura biográfica, sendo a primeira suporte da segunda e a segunda “anima” da primeira. Existe, assim, uma distância ontológica e axiológica que distingue a pessoa, que não é comprável com o resto dos seres vivos, do animal. O ser humano, a pessoa, é capaz de se transcender e nele se encerra o sentido do universo e de toda a humanidade. A pessoa faz parte de um todo, de uma unidade completa, não sendo apenas uma parte do todo. A referência maior da civilização é a consciência de que a pessoa humana é um fim em si mesmo¹³¹. Isto é, independente da crença em Deus e do horizonte de valores que o divino pode alcançar, a reflexão racional sobre a pessoa humana, sem qualquer referência a Deus, apresenta-se como ponto de referência, como um fim e não como um meio, como uma realidade transcendente no existir e no viver humano.

¹²⁹ Para melhor compreensão desta posição analisar, entre outras obras: Vanni R. - *Elementi di filosofia III*, 1991.

¹³⁰ Cf. Sgreccia, E.- *Manual de Bioética: Fundamentos e ética médica*, op. cit., p.77-80

¹³¹ Kant, E. - *A metafísica dos costumes*. (trad. José Lamego). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005, p. 367.

Neste sentido, o discurso bioético ou da ética médica não pode ser pensado sob o ponto de vista filosófico, de pura abstração, porque tanto a ética como a medicina têm como objetivo último a pessoa humana na plenitude do seu valor.

Efetivamente, a pessoa humana, desde o começo da sua vida, desde a sua concepção, até ao fim da sua existência, em cada situação concreta do seu viver, na circunstância de estar doente, é a referência e a medida entre o lícito e o ilícito dos atos que sobre ela se praticam.

Não advogamos, a partir do personalismo, o individualismo subjetivista, mas o personalismo realista, numa perspetiva tomista, que não nega a componente existencial e a capacidade de escolha, mas afirma um estatuto objetivo e existencial (ontológico) da pessoa. Ou seja, a pessoa é, acima de tudo, um corpo espiritualizado que vale por si mesmo e não apenas pelas escolhas ou decisões que toma, porque, em cada decisão ou escolha, é a pessoa toda que no seu existir e no seu viver – é a sua existência e a sua essência – está presente.

Na linha de Segreccia, o personalismo realista vê a pessoa como uma unidade de corpo-espírito que representa o seu valor objetivo, mas também a sua subjetividade. De acordo com Segreccia¹³², é, precisamente, pela objetividade e subjetividade da pessoa que a ética personalista se funda, na medida em que o valor ético de cada ato ou comportamento é considerado subjetivo pela sua intencionalidade, mas também objetivo perante as suas consequências. Isto significa que, no caso de uma intervenção médica difícil e do risco de ocorrer uma ação involuntária que provoque a morte, tal ação pode ser considerada subjetivamente não imputável, mas a objetividade da perda da vida humana continua a ser um facto. Assim, no momento em que se realiza o juízo ético, prevalece a valorização subjetiva da intencionalidade, mas, no momento normativo e

¹³² Cf. Segreccia, E. - *Manual de Bioética: Fundamentos e ética médica*, op. cit., p.79.

deontológico, prevalece o valor objetivo sobre a atitude subjetiva. A certeza deve procurar a verdade.

O personalismo coloca em evidência os aspetos antropológicos e ontológicos, e apela à visão integral da pessoa bio-psico-social, como fundamento da ética e da finalidade do agir ético. Esta visão contrasta com o utilitarismo, uma vez que o que está em causa não é a consequência da ação, mas a finalidade do ato.

Muitos são os autores que, entre nós, seguem uma bioética personalista e que nos oferecem, na publicação dos seus artigos, os fundamentos antropológicos e filosóficos para a reflexão interdisciplinar e transdisciplinar da bioética, cujo primado é a dignidade da pessoa humana. Nesta ordem de ideias, para além Segreccia, destacamos Pedro Lain Entralgo¹³³, Edmund Pellegrino¹³⁴ e Diego Gracia¹³⁵; em Portugal podemos falar de Walter Osswald¹³⁶, Michel Renaud e Jorge Bisciais¹³⁷, Luis Archer¹³⁸ e Daniel Serrão¹³⁹, este último, objeto de estudo sobre o pensamento bioético, tido como um precursor, difusor e pedagogo de uma bioética personalista e humanista, tendo por base um pensamento bioético cristalizado no personalismo ontológico e na bioética personalista.¹⁴⁰

Por fim, e sabendo que resumimos sinteticamente o modelo personalista, consideramos que este é o modelo ético que mais se identifica com os cuidados e serviços

¹³³ Ver: Entralgo, P. L. - *Corpo e alma*. Coimbra: Almedina, 2003.

¹³⁴ Pellegrino, E.; Thomasma, D. - *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. Nova York: Oxford University Press, 1987.

¹³⁵ Gracia, D. - *Fundamentos da Bioética*. Madrid: Eudema, 1998.

¹³⁶ Osswald, W. - *Da vida à morte: Horizonte da Bioética*: Lisboa: Gradiva, 2014.; Osswald, W. - *Fio de Ética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2009.; Osswald, W. - *Cadernos do Mosteiro*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005.; Osswald, W. *90 anos 90 textos*. (coord. Carlos Costa Gomes e Ana Sofia Carvalho). Porto: Instituto de Bioética -Universidade Católica Portuguesa, 2018.; Osswald, W. (2021) *Folhas do Caminho*: Oliveira Azeméis: Cápsula de Letras Editora.2021.

¹³⁷ Renaud, M; Archer, L. Osswald, W. Biscaia, J. - *Novos Desafios da Bioética*. Porto: Porto Editora, 2001.

¹³⁸ Archer, L. - *Da genética à bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2006.

¹³⁹ Pereira, M. H. - *Daniel Serrão aqui diante de mim*. (coord. Henrique Pereira). Lisboa: Esfera do Caos, 2001.; Serrão, D. - *Daniel Serrão na Academias das Ciências: Comunicações Regimentais, Elogios Académicos, Outras Participações*. Braga: Edição de Autor, 2010.

¹⁴⁰ Gomes; C.G. - *O pensamento bioético em Daniel Serrão: Génese e Fio Condutor*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2013, p. 230.

de saúde, e que permite o cuidado mais humanista e o respeito pelos valores éticos e morais. É certo que exige uma robusta disponibilidade dos profissionais de saúde e dos gestores hospitalares, pois congrega em si valores que não são quantificáveis, mas que qualificam o serviço prestado. Dito de outra forma, “o cuidar de pessoas doentes não é tratar de dados estatísticos comprováveis”,¹⁴¹ porque a “estatística não se pode transformar num critério moral”.¹⁴²

Considera-se, então, que o modelo personalista está imbuído de objetividade teleológica e de subjetividade de intencionalidade, no sentido em que apela, por parte dos serviços e cuidados de saúde (hospitais), a uma dupla visão: ética e técnica, quer seja no âmbito dos cuidados de saúde, quer na gestão hospitalar. As pessoas doentes – clientes – desejam e esperam, não apenas cuidados personalizados, mas também e sobretudo pessoalizados.

¹⁴¹ JOÃO PAULO II - *Carta Encíclica Esplendor da Verdade*, 1994, n.º 46.

¹⁴² BENTO XVI - *A Luz do mundo. O Papa, a Igreja e os sinais dos tempos: Uma conversa com Peter Seewald*. Cascais: Principia Editora, 2010.

CAPÍTULO II

O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS

1. INTRODUÇÃO

O direito a acesso aos cuidados de saúde está consagrado como um direito universal e fundamental de qualquer pessoa. Efetivamente, a saúde tem vindo a assumir um valor cada vez mais importante na sociedade moderna, sendo perspetivada como essencial para a qualidade de vida e para a vida das pessoas¹⁴³.

O SNS Português, criado em 1979, tem por objetivo a existência de um serviço universal e tendencialmente gratuito, concebendo o doente como cidadão com plenos direitos¹⁴⁴.

Na verdade, o setor da saúde em Portugal baseia-se numa oferta pública e privada de cuidados de saúde, sendo constituído por três sistemas: o Serviço Nacional de Saúde (SNS); subsistemas de saúde pública e privada; e seguros de saúde voluntários.¹⁴⁵ Um destes subsistemas é a rede de Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), criado em 1963, como Instituto Público de regime especial e de gestão participada que consiste numa modalidade de acesso dos beneficiários a cuidados de saúde, baseada numa rede de prestadores que celebram uma convenção com a ADSE, I.P. Este subsistema de saúde tem algumas vantagens, tais como: é mais económico (o beneficiário só paga o copagamento), mais cómodo (o beneficiário não tem de entregar os documentos de pedido de reembolso) e possui ampla cobertura nacional.

¹⁴³ Berlinguer, G. - *Globalização, Equidade e Saúde*. II Fórum Regional de Saúde do Algarve. Escola Superior de Saúde de Faro, 2008, (29 de maio).

¹⁴⁴ Cf. Serrão, D. - *Ética médica em cuidados de saúde*, op. cit., 155-168.

¹⁴⁵ Cf. Barros, P.; Simões, J. - Portugal: Health System Review, Health Systems in Transition, Vol. 9, (5), 2007, p.1-140; Giraldes, M. Distribuição de Recursos num Sistema de Saúde Público. *In Análise social*. ol. XXIV (101-102), 1988, p. 815-828.7

2. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE – (SNS)

2.1. Antecedentes históricos: breve resenha

Numa análise histórica, recorde-se que as principais reformas do sistema de saúde português englobam a Lei nº 2120, de 19 de junho de 1963, que atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que não possam ser entregues à iniciativa privada, passando a ser da responsabilidade do Estado o desenvolvimento de iniciativas e instituições particulares.

Na década 70 do século passado, devido às alterações sociopolíticas, as reformas políticas da saúde foram muito importantes. Ainda no período do Estado Novo, em 1971, foi determinado, pelo Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro, um conjunto de iniciativas para dirimir e minimizar as barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer no financiamento, quer no acesso físico, priorizando o direito à saúde de todos os cidadãos¹⁴⁶. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde reestruturou os serviços de saúde em duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e os Hospitais.

Em 1976, a Constituição da República Portuguesa reconheceu o direito universal à saúde, direito consagrado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, constituindo como objetivo do SNS conferir proteção na saúde acessível a todos os cidadãos (nacionais e estrangeiros), independentemente das suas condições económicas e sociais¹⁴⁷.

Em 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, Diário da República nº 195/90 – Série I), com vista à regulação dos serviços públicos de

¹⁴⁶ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMA DE SAÚDE, 2001. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMA DE SAÚDE (2001). Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera do OPSS, Lisboa: OPSS.; OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2009). Relatório de Primavera - 10 anos OPSS, 30 anos SNS. Razões para continuar, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora.

¹⁴⁷ Decreto-Lei nº 19/2010 de 22 março. Diário da República nº 56 – Série I. (Ministério da Saúde, 2010a).

saúde, possuindo como objetivo priorizar a necessidade de equidade no acesso aos cuidados de saúde, mas também enfatizar a responsabilidade da sociedade, dos cidadãos e do Estado na proteção da saúde¹⁴⁸.

A partir do início do século XXI, outras alterações legislativas foram encetadas no sistema de saúde em Portugal, de modo especial a reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de unidades agrupadas de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

O SNS¹⁴⁹ é constituído por serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados secundários e continuados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

É, ainda, composto por diversos órgãos¹⁵⁰, merecendo destaque os seguintes: a) Direção-Geral da Saúde; Entidade Reguladora da Saúde; b) Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), responsável por administrar os recursos humanos, financeiros, instalações, equipamentos e sistemas de informação do SNS; c) entidades Gestoras - Administração Regional de Saúde (ARS), responsável por garantir o acesso das populações à prestação de cuidados de saúde em cada região; d) entidades Financiadoras - o financiamento da saúde em Portugal é realizado por entidades de natureza quer pública (Estado) quer privada (seguros de saúde e subsistemas), e particular (população); e) Prestadores: os prestadores de cuidados de saúde englobam-se, principalmente em Prestadores Públicos de Cuidados de Saúde (Cuidados de Saúde Primários; Cuidados

¹⁴⁸ a Lei das Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, Diário da República n.º 195/90 – Série I) (Ministério da Saúde, 2010a).

¹⁴⁹ Lei n.º 56/79 de 15 de setembro.

¹⁵⁰ DELOITTE Touche Tohmatsu Limited. - *Saúde em análise - Uma visão para o futuro*. Lisboa: Deloitte Consultores, S.A, 2011.

Hospitalares e Cuidados Continuados) e Prestadores Privados e Sociais de Cuidados de Saúde.

3. BREVE ANÁLISE DO SNS A PARTIR DA LEITURA DE ANTÓNIO ARNAUT

Com base no princípio da justiça distributiva, deve ser assegurada a equidade de acesso a todas as pessoas, independentemente da sua condição socioeconómica. A pessoa tem o direito de receber a justa medida dos cuidados de saúde dos serviços públicos de saúde, mas também o direito à liberdade de poder fazer opções sobre os cuidados de saúde que considerar serem os mais adequados à sua necessidade. A liberdade de escolha, passa, obviamente, quer pelo setor de saúde público, quer pelo setor privado de saúde, no sentido da promoção do bem individual e do bem-comum, e sem penalizar o orçamento de Estado.

António Arnaut e João Semedo, na obra¹⁵¹ intitulada «*Salvar o SNS – Uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a democracia*», defendem: a exclusão das parcerias público-privadas do SNS, propondo que o SNS deve apostar nas carreiras dos profissionais de saúde e na eliminação das taxas moderadoras; o regresso do SNS à gestão da administração pública; o respeito pelos contratos e direitos laborais; a reforma dos modelos de organização e de funcionamento, em articulação com as unidades de saúde públicas e destas com a comunidade. Segundo Arnaut, “*nem sempre a lei realiza o direito*”. É irrefutável que o Estado existirá sempre. E é igualmente irrefutável que o SNS é pago por milhões de pessoas, sendo, por isso, responsabilidade do Estado o controlo da despesa para a equidade do sistema.

¹⁵¹ Seguimos de perto análise de: Arnaut, A.; Semedo, J. - *Salvar o SNS: uma nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*. Porto: Porto Editora, 2017.

“O Serviço Nacional de Saúde foi criado numa situação político-social difícil, primeiro através de um singelo despacho ministerial (publicado em 29 de julho de 1978), que tornou universal, geral e gratuito o acesso a cuidados de saúde em todas as unidades da rede pública (hospitais, serviços médico-sociais), e depois, caído o 2º governo de Mário Soares, através do projeto elaborado pelo Ministério dos Assuntos Sociais, que deu origem à Lei Fundadora. As forças políticas dominantes eram então desfavoráveis a uma reforma tão profunda, alegando, sobretudo, a impossibilidade de financiamento, numa altura em que Portugal corria o Mundo a solicitar empréstimos e o FMI, instalado em Lisboa, fazia o seu trabalho»¹⁵².

Considerando a realidade vivida em 1978, torna-se perceptível que hoje, em 2020, se debate precisamente o mesmo tema. É, de facto, necessário e imperioso revitalizar o SNS com a saúde financeira do país.

Foi num contexto de expansão e de reconhecimento público dos benefícios do SNS que foi publicada a Lei nº 48/90 (Desmantelamento do Estado Social, ou Estado de Justiça Social), contudo, no entender de Arnaut, esta Lei ainda era insuficiente, porque, em seu entender, era necessário recuperar os valores da solidariedade e da dignidade cívica que inspiraram a Lei nº 56/79.

“Nos últimos anos, o SNS é vítima de um arrastado processo de degradação e degenerescência do seu funcionamento e da resposta às necessidades dos seus utentes e dos seus princípios fundadores, e, sem profissionais motivados e respeitados, não há SNS digno desse nome”. No dizer do Arnaut, “perdeu-se muito tempo e muita energia em lutas partidárias. O SNS é do povo, é uma exigência ética da civilização. Por isso, todos os partidos devem dar-lhe o seu apoio”¹⁵³.

¹⁵² Arnaut, A.; Semedo, J. - *Salvar o SNS: uma nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*. Porto: Porto Editora, 2017, p. 13.

¹⁵³ *Idem*, p.13.

Nos nossos dias, a crise vivida, diariamente, pelos cidadãos é sentida no acesso negado a uma consulta no centro de saúde ou no hospital; no elevadíssimo tempo de espera para consulta no centro de saúde ou no hospital; no enormíssimo tempo de espera para um exame, uma cirurgia; nas horas intermináveis para ser atendido numa urgência; na dificuldade em ter médico de família; na falta de profissionais, sobretudo médicos e enfermeiros.

Arnaut não só afirma que a crise do SNS é verdadeiramente profunda -porque não dispõe de especialistas em número suficiente para ensinarem e orientarem a formação de todos os jovens médicos candidatos a uma especialidade -, mas também que erros políticos e opções ideológicas *privatizadoras* subjazem a essa mesma crise. Segundo o eminente advogado, em muito contribuíram para a agudização do problema as más escolhas feitas pelos governantes para cargos de topo ou para chefias intermédias dos estabelecimentos e serviços do SNS, escolhas essas, a sem ver, determinadas mais pela simpatia e fidelidade política e partidária do que pela formação e capacidade para o desempenho das funções atribuídas. De uma forma particular, elenca duas razões para os efeitos perversos sobre o SNS:

- a) o subfinanciamento crónico: a partir de 2016, a despesa do SNS atingiu os 9 mil milhões de euros e tem vindo progressivamente a aumentar, de ano para ano, facto que, em seu entender, impossibilita a reabilitação do SNS, na medida em que inviabiliza o fornecimento de meios capazes de fazer frente a uma procura crescente e a custos que não param de subir, sobretudo nas tecnologias, nos medicamentos e nos recursos humanos.
- b) a incapacidade de se reformar o SNS: olhando, com objetividade, para estes quase 40 anos de serviço público, identifica-se uma única verdadeira reforma: a reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação das Unidades de

Saúde Familiar, que ainda estão por concluir. Tudo o resto, os centros hospitalares, as unidades locais de saúde, a própria rede de cuidados continuados e paliativos, foram criados para libertar camas dos hospitais, o que demonstra a falta de capacidade do Estado e dos governos em concretizar a reforma do SNS. Arnaut apresenta a três aspetos determinantes para essa incapacidade: 1) gestão não participada - diz a Lei de Bases da Saúde que o SNS «tem [...] gestão [...] participada», quando na realidade isso não acontece. O Conselho Nacional de Saúde, recentemente instalado, é um passo curto demais para o caminho que ainda está por fazer¹⁵⁴; 2) a continuada desvalorização da saúde pública que não atribui o verdadeiro reconhecimento a atividades, serviços e carreira; 3) a confusão entre articular e integrar serviços.

4. MODELOS DE GESTÃO DO SNS

Os modelos de gestão do sistema de saúde português têm vindo a sofrer alterações. “Os últimos 20 anos do século passado (XX) e os primeiros do século presente (XXI), com contextos socioeconómicos e políticos diferentes, e o avassalador desenvolvimento tecnológico, muito contribuíram para numerosas transformações no sistema de saúde português que, desde 1970, se têm vindo a verificar, denotando um esforço contínuo para a melhoria da saúde dos cidadãos e dos serviços de saúde, através do financiamento da saúde, da expansão da prestação de cuidados de saúde e do empenho em melhorar a organização e gestão do SNS.”¹⁵⁵

¹⁵⁴ Cf., Arnaut, A.; Semedo, J. - *Salvar o SNS: uma nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*. Porto: Porto Editora, 2017.p. 20.

¹⁵⁵ Ver: Sousa, P.A.F. - O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios”. In *Acta Paul Enfermagem*. Vol. 22, 2009, p. 884-894.

Há um percurso constante de rompimento, de certa forma, com o modelo de gestão tradicional, muito burocrático e impessoal, que coloca em causa a produtividade num contexto socioeconómico em mutação permanente, optando-se por uma nova gestão pública - *New Public Management* (NPM) -, profissionalmente especializada, com uma visão económica nas organizações públicas governamentais, de forma a otimizar o desempenho do sector público.¹⁵⁶

4.1. A organização do SNS

A organização do sistema de saúde português é complexa. A multiplicidade de serviços prestados e a pluralidade de técnicos de saúde que nos últimos anos foram introduzidos obrigaram a uma nova forma de organização e gestão interna, de maneira a adaptar o setor da saúde às necessidades da sociedade.¹⁵⁷ É a partir deste contexto que a Lei nº 27/2002 de 8 novembro de 2002 vem dar corpo a quatro modelos de gestão e estatutos jurídicos: a) “Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; e) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos, nos termos do n.º 2 do artigo anterior”.

Esta nova organização e gestão pretende combinar vários modelos para a promoção da saúde, modelos focados na oportunidade (tempo de espera, tempos máximos de resposta, direito à informação), modelos que privilegiem os vetores chave da

¹⁵⁶ Ver: Rego, G. - *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Porto: Vida Económica, 2008.

¹⁵⁷ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DA SAÚDE, (2009).

produtividade e o desempenho, promovendo o ganho na saúde, através de custos adequados (eficácia e eficiência) e modelos direcionados à qualidade na assistência e no valor atribuído ao utente¹⁵⁸.

Numa dimensão económica pluridisciplinar de regulação na saúde, esta deve ser vista como uma ferramenta de incentivo à melhoria do desempenho dos operadores envolvidos, no sentido de alcançar os objetivos a que se propõe, que consistem na correção de falhas de mercado, por parte do Estado, no setor da saúde¹⁵⁹.

Pode dizer-se que os modelos de gestão do setor da saúde têm por base pressupostos de administração empresarial, adotando conceitos de uma nova gestão que se pretende que seja mais eficiente e eficaz, a fim de se ajustarem os meios humanos e materiais às necessidades de saúde, com vista à satisfação dos clientes, isto é, das pessoas, que, de acordo com o novo ordenamento económico, deixam de ser “utentes” e passam a ser “clientes” do SNS.

4.2. Do utente a cliente do SNS?

Embora a questão supracitada não seja pacífica na relação médico-pessoa doente, o conceito de “cliente” deriva etimologicamente do latim “*cliens – entis*: pessoa que recorre a um serviço de uma outra pessoa ou de uma entidade, mediante pagamentos; pessoa que compra algo; pessoa que frequente habitualmente o mesmo local”¹⁶⁰ (*Grande Dicionário da Língua Portuguesa*, Porto, 2001). Neste sentido, e no caso particular da saúde, “um cliente é uma pessoa que faz uma avaliação sobre a qualidade de um serviço que lhe foi prestado pelo processo de cuidados de saúde, bem como sobre a relação de

¹⁵⁸ Portal da Saúde, Disponível em: <www.min-saude.pt>. Acesso em novembro 2019 e março 2020.

¹⁵⁹ Cf. Rego, G. - *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Porto: Vida Económica, 2008.

¹⁶⁰ GRANDE DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, (2001).

transação pessoal do resultado final do fornecimento do serviço”; ou “qualquer pessoa, grupo ou organização que tem expectativas em relação aos atributos físicos de um *output* produzido por um processo ou pela interação através da qual o *output* foi produzido.”¹⁶¹

No que diz respeito ao termo “utente”, que deriva do termo latim “*utens-entis*,” este designa aquele que usa ou tem direito de usar um bem ou serviço público ou privado.¹⁶² Assim, o utente é, claramente, a pessoa que utiliza esse(s) serviço(s). Contudo, o utente é também um cliente, porque não apenas usa o serviço (de saúde) como também o paga – se não diretamente através de um seguro, indiretamente através de impostos. Ainda pela mesma razão atrás referida, o utente, também no âmbito dos seus direitos, realiza a avaliação da satisfação da qualidade do serviço de saúde prestado.

No âmbito da nossa investigação, percebemos que, por um lado, se utiliza o termo “utente” - pessoa que utiliza os cuidados de saúde -, mas, por outro, se verifica o uso do termo “cliente”, quando se pretende medir e avaliar os requisitos da satisfação dos clientes, que são utentes, e definir estratégias que permitam fidelizar clientes.

Assim, numa perspetiva da qualidade da saúde, cada consumidor tem a sua própria perceção perante o serviço que lhe é prestado e cada utilizador irá conter ou reformular a sua decisão perante os serviços oferecidos. Deste modo, para que o cliente/utente se sinta bem, é necessária uma atitude de compreensão profunda face às suas necessidades, de forma a que este possa “selecionar, analisar os dados e informações, para poder compreender melhor os serviços que lhe são prestados.”¹⁶³

¹⁶¹ Ver. Silva, M. - *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa: L. Monitor- Projetos e Edições, 2013.

¹⁶² GRANDE DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, (2001).

¹⁶³ Cf. Cronin, J. J.; Taylor, S. A. - Servperf versus SERVQUAL: and Reconciling of Service Measurement Perceptions Quality. In *Journal of Marketing*, 58 (1), 1994, p. 125-131. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1252256> (acedido março 2021).

Segundo alguns autores¹⁶⁴, do ponto de vista institucional, os utentes são os clientes, pois o cuidado de saúde é, nos nossos dias, muito relevante, na medida em que se pode avaliar os potenciais cuidados e serviços através da perspetiva do cliente. Esta questão é mais “evidente na maioria dos países ocidentais, pois têm direcionada a sua atenção para os cuidados centrados no cliente.”¹⁶⁵

No entanto, para outros autores, esta visão é insuficiente, motivo pelo qual preconizam uma abordagem centrada na pessoa/cliente. Ora, esta é, cada vez mais, considerada importante para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e permite desenvolver modelos de relacionamento médico-paciente, de forma a poder abranger o conceito do paciente em si,¹⁶⁶ propondo um modelo clínico descrito por seis componentes¹⁶⁷. Os mesmos autores salientam, ainda, que o método clínico centrado na pessoa requer uma disposição no sentido de envolver as pessoas nas decisões médicas e não apenas nos seus problemas.

Embora esta questão – “utente / cliente” – não tenha, ainda, encontrado consenso entre os profissionais de saúde, constata-se que as organizações de saúde (hospitais públicos e privados) centram os seus esforços na elaboração de processos e programas de ação para o cliente, com vista à implementação de medidas que visem os benefícios dos utilizadores, de forma a garantir uma qualidade superior, quer a nível das intervenções,

¹⁶⁴ Witte, L.; Schoot, t.; Proot, I. - Development of the client-centred care questionnaire. *In Journal of Advanced Nursing*, 56 (1), 2006, 62-68. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03980.x> (acedido, março 2021).

¹⁶⁵ Cf. Waterworth, S.; Luker, K. A. - Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care? *In Journal of Advanced Nursing*, 15 (8), 1990, p. 971-976. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01953.x> (acedido, março 2021).

¹⁶⁶ Stewart, M.; Brown, J.B.; Weston, W.W.; Mcwhinney I.R., Mcwilliam C.L., F. T. R. -Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. *In International Journal of Integrated Care*, 5 (21), 2005, p.1. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7019.1580>.

¹⁶⁷ Explorar a doença e a experiência da pessoa com a doença; entender a pessoa como um todo; elaborar um projeto comum de terapia; incorporar a prevenção e a promoção da saúde; fortalecer a reação médico-pessoa; ser realista.

quer a nível das unidades e especialidade dos serviços que prestam. Autores diversos¹⁶⁸ salientam que expressões como “cuidado centrado no cliente”, “cuidado focado no cliente” ou “prática centrada no cliente” são cada vez mais usadas entre os profissionais de saúde e que as instituições de saúde veem, de forma progressiva, o seu utilizador como cliente, ou seja, o serviço que prestam está focado no cliente¹⁶⁹, possuindo como objetivo satisfazer os clientes de acordo com as suas necessidades de saúde e avaliar a saúde dos utentes, com vista a encontrar soluções de forma mais personalizada e pessoalizada.

Os serviços de saúde que centralizam os seus processos na perspetiva dos clientes têm um desempenho superior¹⁷⁰. Na verdade, Law, Baptiste e Mills afirmam que os processos e serviços focados no cliente permitem identificar as possíveis necessidades dos seus potenciais clientes e, assim, potenciar os benefícios esperados pelas partes interessadas – pessoa cliente e profissional.

A nossa perceção é a de que, num esforço de conformidade de atualização/comparação com outros países europeus, os hospitais públicos e privados em Portugal vão adotando, hesitantemente, a designação consagrada nas novas normas e nos novos manuais. Não obstante este facto, ainda há quem tenha sérias dúvidas sobre se essas normas têm em atenção a especificidade do setor da saúde.

A questão tem legitimidade e alguma pertinência: utentes ou clientes? Diríamos: clientes, numa relação comercial e da contratação de uma prestação de serviço que se

¹⁶⁸ Mead, N.; Bower, P. - Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *In Social Science & Medicine*. Vol. 51 (7), 2000, p. 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8) ; Chewning, B.; Sleath, B. - Medication decision-making and management: A client-centered model. *In Social Science and Medicine*, 42 (3), 1996, p. 389–398. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00156-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00156-5)

¹⁶⁹ Creel, L. C.; Sass, J. V.; Yinger, N. V. - Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care. *In New Perspectives on Quality of Care*. Vol. 2 (2), 2002, p. 1-8.

¹⁷⁰ Law, M., Baptiste, S.; Mills, J. - Client-Centred Practice: What does it Mean and Does it Make a Difference? *In Canadian Journal of Occupational Therapy*, Vol. 62 (5), 1995, p. 250–257. <https://doi.org/10.1177/000841749506200504>

paga; utentes, na relação de utilização e do acesso a um serviço de cuidados de saúde, que se aspira que seja justo e equitativo, num sistema de saúde complexo

5. O SETOR PRIVADO DA SAÚDE EM PORTUGAL

Com a publicação da Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do SNS de 1993, o setor privado assumiu um novo papel relevante no setor da saúde em Portugal, incluindo a gestão privada de instituições de saúde. As evidentes alterações e mutações sociais, decorrentes da constatação da necessidade de um melhor e mais eficiente serviço de saúde, de uma gestão mais eficaz e conseqüente (re)organização do setor da saúde em Portugal, levaram o Estado a formalizar parcerias com o setor privado, na esperança de assim melhorar a sua efetividade e eficiência.

A incapacidade de o Estado promover um serviço de saúde de qualidade provocou o aumento da procura no setor privado da saúde. Esta procura resulta, igualmente, do elevado investimento em tecnologia de ponta que os hospitais privados realizaram, em claro contraste com a dificuldade do investimento no SNS, o que foi provocando a insatisfação dos consumidores face aos serviços de saúde públicos, motivando a procura e o crescimento do setor privado.¹⁷¹

Este crescimento significativo do setor de saúde privado deve-se a diversos fatores: melhor rendimento dos médicos; incentivo ao desenvolvimento de unidades privadas e a contratualização do setor privado pelo setor público; estabelecimento de vários programas especiais do setor público com recurso à contratualização privada.¹⁷²,

¹⁷¹ Tountas, Y.; Karnaki, P.; Pavl, E.; Souliotis, K. - The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *In Health Policy*, Vol. 74, 2005, p. 167-180.

¹⁷² OliveirA, M. - Evolução da oferta. *In 30 anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina, p. 271-296.

Outros fatores determinantes que motivaram o sucesso do setor privado da saúde são a oferta de serviços de saúde altamente especializados, consultas de especialidade e serviços de diagnóstico, “o que significa que o SNS, regra geral, presta cuidados hospitalares agudos, cuidados primários e cuidados materno-infantil”.¹⁷³

Numa sociedade mais informada e mais formada, a preocupação de quem utiliza os serviços e cuidados de saúde, na tomada de decisão da escolha de serviços de saúde, após ponderação dos fatores e determinantes, será crucial na decisão de optar por serviços que mais qualidade prestam. “O recurso ao setor privado deriva da procura por uma melhor qualidade na prestação de serviços de saúde, que pode ser influenciada por um melhor nível de conforto nos serviços de hospitalização, pela resposta rápida aos doentes cirúrgicos ou, até, pelo acesso a resultados de boa qualidade na realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.”¹⁷⁴ Um outro aspeto relevante desta escolha pelo setor privado da saúde em Portugal resulta “das limitações do setor público, com uma fraca cobertura em algumas especialidades, como é o caso da saúde oral ou a acessibilidade condicionada por longas lista de espera”¹⁷⁵, criando, deste modo, insatisfação nos seus (do setor público) utilizadores.

Na verdade, o setor privado da saúde tem ocupado um espaço significativo na saúde em Portugal, situação decorrente da ineficácia e ineficiência, ou mesmo da ausência de cuidados prestação de cuidados de saúde no SNS, nomeadamente, no que se refere à prestação de serviços de análises clínicas, de radiologia e de outros exames de diagnóstico; de serviços de diálise renal, de estomatologia, fisioterapia, entre outros. A ausência destes serviços no setor público é, entre outras, a razão pela qual tem surgido um aumento relevante da procura do setor privado da saúde.

¹⁷³ *Idem*, p. 271-296.

¹⁷⁴ Ver: Ribeiro, J. M. - Saúde – *A liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva, 2009.

¹⁷⁵ *Idem*.

Neste sentido, e de acordo a realidade acima descrita, sabe-se que uma grande parte da população portuguesa está coberta por um subsistema de saúde público ou privado. Na realidade, estudos sobre esta questão estimam que “um quarto da população”¹⁷⁶ se encontra abrangida, sendo que “os subsistemas de saúde consistem em seguros públicos ou privados que representam uma cobertura adicional à proporcionada pelo SNS e estão dependentes ou pertencem a uma determinada categoria profissional ou ocupacional. No setor público, assume principal destaque a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE).”¹⁷⁷

O mesmo se pode dizer em relação a outros planos de seguros de saúde, “seguros voluntários”, para os quais também se verifica um elevado número de possibilidades, permitindo, assim, a utilização dos serviços de saúde privados, pese embora os utilizadores/clientes terem de suportar as despesas inerentes. Este dado é substancial, uma vez que a despesa em cuidados de saúde tem uma carga elevada no orçamento familiar, uma vez que a maioria dos inquiridos do estudo de Eira “considera o preço dos cuidados de saúde importante tendo em conta o rendimento mensal bruto do agregado familiar”¹⁷⁸.

O nosso estudo sobre este assunto apresenta-se na linha do estudo anteriormente referido: os clientes que utilizam os serviços de cuidados de saúde são, na sua maioria, clientes protocolados (60,4%) - clientes ADSE - , beneficiários de subsistemas de seguro público (26,1%) e clientes com outros planos de seguro (34,3%). Porém, é de salientar que os clientes particulares, sem qualquer tipo de subsistemas de seguro público ou privado, em termos percentuais, são o grupo mais elevado (39,6%) que recorre aos serviços e cuidados de saúde da CSSM-H, o que demonstra, naturalmente, satisfação no acesso aos cuidados e serviços de saúde prestados.

¹⁷⁶ Ver: Barros, P. P.; Simões, J.A. - *Portugal: Health System Review, op. cit.*, p. 1-140.

¹⁷⁷Cf. *Idem*, p. 1-140.

¹⁷⁸ Ver: Eira, A.A. - *A Saúde em Portugal - A procura de cuidados de saúde privados*. Tese de Mestrado em Economia, Faculdade de Economia do Porto, 2010.

CAPÍTULO III

A PERCEÇÃO DA JUSTIÇA COMO EQUIDADE E SATISFAÇÃO NO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

1. DA JUSTIÇA À EQUIDADE E DA EQUIDADE À IGUALDADE

Entre os autores mais antigos que trataram de forma mais sistemática a justiça e a equidade está certamente Aristóteles¹⁷⁹, discípulo de Platão. O filósofo defendeu a igualdade entre os homens, cabendo a cada pessoa suprir as suas necessidades.

Aristóteles considera a justiça como uma virtude elementar para uma sociedade ordenada e sem conflitos, condição primeira para uma vida feliz: A justiça é o vínculo dos homens nos Estados, porque a administração da justiça, que é a determinação daquilo que é justo, é o princípio da ordem numa sociedade política.¹⁸⁰ O autor parte da constatação de que todos os homens entendem por justiça aquela disposição de caráter que torna as pessoas propensas a fazer o que é justo, que as faz agir justamente e desejar o que é justo.¹⁸¹

No entanto, segundo o mesmo eminente filósofo,¹⁸² pode existir no homem duas disposições para a mesma definição de justiça, isto é, duas formas distintas de justiça: a justiça legal, que se refere à disposição de respeitar tudo que é determinado pela lei; a justiça particular, que se traduz na disposição de não ter nem mais nem menos do que é devido.¹⁸³ No nosso estudo, daremos particular importância a esta última aceção, uma vez que nos remete para um princípio relevante no contexto da saúde enquanto meio para se

¹⁷⁹ Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

¹⁸⁰ Aristóteles - *Constituição de Atenas*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.

¹⁸¹ Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

¹⁸² Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

¹⁸³ Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

fazer justiça: a equidade/igualdade, no sentido de que cada um tenha aquilo que é exatamente igual ao que lhe compete¹⁸⁴.

Portanto, a noção de justiça como equidade, na perspectiva aristotélica de justiça corretiva, retifica as iniquidades geradoras de injustiças e afirma a obrigatoriedade de atender a cada um conforme as suas necessidades, transcendendo inclusive aspetos legais. Trata-se de desejar, procurar e realizar o máximo de igualdade nas relações, garantindo individualmente a justa medida daquilo que se deve ter.¹⁸⁵

Chama-se, contudo, à atenção para a noção aristotélica de igualdade, que não é absoluta. O autor defende que na relação entre partes desiguais a distribuição de bens também deve ser desigual. Segundo o filósofo, o justo, necessariamente, deve ser, ao mesmo tempo, intermediário, igual e relativo. Como intermediário, deve evitar certos extremos; como igual, envolve duas participações iguais.¹⁸⁶ Se as pessoas não são iguais, não devem receber coisas iguais.¹⁸⁷

Neste contexto, é de considerar o pensamento de John Rawls, autor notável da teoria política, focalizando maioritariamente a nossa atenção em duas obras: *O liberalismo político*¹⁸⁸ e *Uma teoria da justiça*.¹⁸⁹

Ao ler Rawls, entendemos que a sua perspectiva de justiça visa não o resultado do interesse de todos, ou da maioria, mas é encarada com um dever fundamental para perceber as necessidades coletivas. O autor apresenta, assim, duas concepções. A primeira, a que chama de “posição original”, reflete uma situação hipotética em que pessoas livres e iguais escolhem, sob o véu da ignorância, os princípios de justiça que devem governar

¹⁸⁴ Cf. Santos, Ivone - Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. *In Revista Bioética*. vol.28 no.2 Brasília Abr./Jun. 2020, Doi: 10.1590/1983-80422020282384

¹⁸⁵ Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

¹⁸⁶ Aristóteles - *Constituição de Atenas*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.

¹⁸⁷ Cf. Santos, Ivone - Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. *In Revista Bioética*. vol.28 no.2 Brasília Abr./Jun. 2020, Doi: 10.1590/1983-80422020282384

¹⁸⁸ Ver: Rawls J. - *O liberalismo político*. 2ª ed. São Paulo: Ática; 2000.

¹⁸⁹ Ver: Rawls J. - *Uma teoria da justiça*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

a estrutura básica da sociedade; a segunda, a “sociedade bem ordenada”, é regulada por uma conceção política e pública de justiça, aceite por todos, nos termos equitativos da cooperação social.

Segundo Rawls¹⁹⁰, os princípios para construir uma sociedade democrática justa são:

- a) cada pessoa tem direito a um esquema apropriado de liberdade básica, desde que compatível com a garantia de esquema idêntico para todos;
- b) as desigualdades sociais e económicas somente se justificam, se estiverem vinculadas a posições e cargos abertos a todos, em condições iguais de oportunidade, ou se existirem em função do maior benefício possível dos membros da sociedade que se encontram em posição desfavorável.

Salienta-se, por um lado, a importância que Rawls atribui à liberdade e aos direitos fundamentais; por outro, a igualdade de oportunidades para quem tem talentos similares e a disposição para os conquistar. Salta à vista que o autor alude ao princípio da diferença ou ao critério *maximin* de justiça social, uma vez que as desigualdades socioeconómicas só são eticamente aceitáveis, se o seu objetivo for o de maximizar os recursos disponíveis para os mais desfavorecidos da sociedade¹⁹¹.

Na verdade, Rawls, ao tentar criar uma teoria de justiça, entre a justiça social e os princípios liberais, dentro de um mercado capitalista, reforça o facto de a equidade ser sempre o resultado da compensação negociada com vista a atender aos interesses sociais. Deste modo, só através das regras que servem de ordenamento social no âmbito de uma

¹⁹⁰ Ver: Rawls J. - *Uma teoria da justiça*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008

¹⁹¹ Cf. Santos, Ivone - Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. *In Revista Bioética*. vol.28 no.2 Brasília Abr./Jun. 2020, Doi: 10.1590/1983-80422020282384

justiça como equidade, poderão garantir-se a colaboração e a solidariedade¹⁹² entre os mais e os menos desfavorecidos¹⁹³.

De facto, a resposta à questão da justiça não é fácil quando em causa está a pessoa. Por isso, vale a penas questionar sobre que justiça mais se adequa ao viver o humano, de modo particular no plano da saúde: justiça como igualdade ou justiça como equidade?

De acordo com Sen¹⁹⁴, para pensar a igualdade em termos complexos é preciso considerar as diferenças, sem perder de vista o bem-estar social. O autor fala em capacidade de fazer escolhas, capacidade essa que reside na liberdade de cada um escolher, entre os caminhos possíveis, o que mais atende as suas próprias necessidades. As capacidades apontadas por Sen dariam a exata medida do bem-estar dos indivíduos.

Para Paulo Fortes¹⁹⁵, que analisa a questão da justiça aplicada à saúde, a partir do conceito de equidade em Rawls, não é fácil aplicar estes princípios nas sociedades de capitalismo tardio, visto que as pessoas tendem a preocupar exclusivamente em realizar desejos e interesses individuais, esquecendo de levar em consideração as necessidades coletivas.¹⁹⁶

Segundo o mesmo autor, a noção de equidade em saúde contempla a diferença entre as pessoas nas suas realidades concretas, ou seja, em condições sociais e sanitárias específicas, defendendo que uma ação norteada pela ideia de equidade poderá garantir a

¹⁹² Cf. Rawls J. - *O liberalismo político*. 2ª ed. São Paulo: Ática; 2000; Rawls J. - *Uma teoria da justiça*. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

¹⁹³ O pressuposto de Rawls parece bastante questionável, por diversos autores, quando se consideram as sociedades concretas e seus persistentes níveis de injustiça.

¹⁹⁴ Cf. Sen A. - *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010; Sen A. - *Desigualdade reexaminada*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2008. p. 43.; Sen A. - *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.

¹⁹⁵ Ver: Fortes PAC. - Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. In *Revista de Bioética*, 2008 [acesso 14 setembro 2022];16(1):25-39. Disponível: <https://bit.ly/2QMZMgW> Fortes PAC. - *Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento*. Garrafa V, Pessini L, orgs. São Paulo: Loyola; 2004. p. 103-12.

¹⁹⁶ Fortes PAC. Zoboli - Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. In *Revista de Bioética* [Internet]. 2008 [acesso 14 de setembro de 2022];16(1):25-39. Disponível: <https://bit.ly/2QMZMgW>

cada pessoa a satisfação das suas necessidades e possibilitar o desenvolvimento das suas capacidades.

Fortes questiona quais seriam os critérios éticos orientadores para uma boa e justa priorização de recursos referentes aos cuidados de saúde¹⁹⁷. A questão é complexa, considerando o pluralismo de valores do mundo contemporâneo, que traz diferentes e variadas concepções sobre o que seriam ações boas e justas. Mas, neste contexto, a bioética pode cumprir um papel importante, procurando o consenso sobre normas práticas que dizem respeito à vida e à saúde da pessoa humana, construindo a convivência da vida em sociedade.¹⁹⁸

De acordo com Fortes e Zoboli¹⁹⁹, a bioética deve ter uma perspectiva autónoma e humanista, olhando para o ser humano na sua integralidade e totalidade. O objetivo, segundo os autores, é humanizar os cuidados e serviços de saúde, de modo a garantir os direitos dos cidadãos e a dignidade humana, considerada segundo o imperativo categórico de Kant²⁰⁰, segundo o qual cada pessoa deve ser tratada como um fim em si mesmo e nunca como um meio para satisfazer interesses de outros.

Consideramos, na ideia de justiça, que a equidade em relação à igualdade é aquela que melhor pode facilitar o acesso a cuidados e serviços de saúde, uma vez que as pessoas são diferentes e, portanto, têm necessidades específicas. A igualdade no sentido de homogeneidade, a ação equitativa que responde ao princípio marxista: de cada qual,

¹⁹⁷ Fortes PAC. - Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade e a equidade. In *Cadernos Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 14 de setembro 2022];24(3):696-701. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000300024

¹⁹⁸ Fortes PAC. Zoboli - Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade e a equidade. In *Cadernos Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 14 de setembro 2022];24(3):696-701. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000300024

¹⁹⁹ Fortes PAC, Zoboli -. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003.

²⁰⁰ Ver: Kant, I. - *A metafísica dos costumes*. (trad. José Lamengo). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

segundo a sua capacidade; a cada qual, segundo as suas necessidades²⁰¹ ou, nos termos de Sen²⁰², a cada um conforme as suas capacidades e funcionalidades.

A equidade é aqui entendida como caminho para garantir às pessoas – especialmente às mais vulneráveis – oportunidades de se desenvolverem plenamente, conforme os seus próprios projetos de vida. Torna-se, pois, fundamental para assegurar a todos um sistema razoável de saúde, visto que, quanto melhores os serviços considerados essenciais, maior é a possibilidade de os mais necessitados superarem as suas debilidades económicas e privações de acesso aos serviços de saúde²⁰³, que limitam as suas capacidades e potencialidades.²⁰⁴

2. EQUIDADE NO ACESSO À SAÚDE E EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Equidade no acesso à Saúde e a Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde parte de premissas diferentes. O primeiro diz respeito aos fatores sociais. Está relacionado com a doença, e processos envolventes, e com os diversos estilos de vida, contemplando as condições genéticas, os cuidados habituais, associando-se aos fatores ambientais e às condições socioeconómicas.²⁰⁵ Por seu turno, a equidade na utilização dos serviços de saúde não advém estritamente da equidade na saúde. No entanto, “a equidade no acesso a bens e serviços”, a exemplo dos oferecidos pelo SNS, pode apontar tendências ou rumos

²⁰¹ Marx K. - *Crítica do programa de Gotha* [Internet]. [S.l.]: Edição Ridendo Castigat Mores; 1875 [acesso 11 setembro 2020]. p. 26. Disponível: <https://bit.ly/3cu6LEv>

²⁰² 34. Sen A. - *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. 36; Sen A. - *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.

²⁰³ Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Pobreza na infância e na adolescência* [Internet]. Brasília: Unicef; 2018 [acesso 14 setembro 2022]. Disponível: <https://uni.cf/2Jfc5yf>

²⁰⁴ López OO, Escudero JY, Dary Carmona L. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el taller Latinoamericano de determinantes sociales en salud, ALAMES. *Medicina Social* [Internet]. 2008 [acesso 14 setembro 2022];3(4):323-35. Disponível: <https://bit.ly/2WNcsLj> ; Sen A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.

²⁰⁵ Mooney G., Houston S. - Equity in Health Care and Institutional Trust: a Communitarian View. *In Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (5), 2008, p.1162-1167.

mais prováveis, em relação à satisfação das necessidades do conjunto da sociedade, aferindo avanços para uma sociedade mais justa”.²⁰⁶

Com efeito, acreditamos que a equidade na utilização dos serviços de saúde é um desiderato nacional. Contudo, um estudo de Óscar Lourenço²⁰⁷ evidencia que persistem fatores que condicionam a utilização dos serviços dos cuidados de saúde e que estes não refletem a necessidade efetiva dos cuidados prestados, o que, de alguma forma, contraria os objetivos da política portuguesa quanto à equidade na saúde. O estudo demonstrou, ainda, que o impacto do rendimento e das diversas variáveis demográficas sobre a utilização dos cuidados de saúde é bastante significativo no caso dos utilizadores ocasionais do SNS. Relativamente aos utilizadores recorrentes, o impacto não é significativo no que diz respeito à equidade no acesso aos cuidados de saúde. Do ponto de vista das políticas de saúde, o estudo recomenda que os utilizadores ocasionais sejam alvo de intervenção (in)formativa.²⁰⁸

É um facto que temos vindo a assistir, gradualmente, nas últimas décadas, a “um aumento da melhoria da oferta dos serviços dos cuidados de saúde, a saber, primários, secundários e continuados”²⁰⁹, realidade que não só advém do setor público, mas da contribuição da oferta do setor privado em serviços de cuidados de saúde, embora de uma forma mais seletiva. As grandes alterações que promoveram esta melhoria derivam de diversos fatores, designadamente “a legislação que define a estrutura do SNS; o sistema de financiamento; a evolução demográfica e as características da população; o crescimento económico; o investimento público e privado no setor dos serviços da saúde; a dinâmica

²⁰⁶ Coelho I.B. - Democracy Without equity: analysis of health reform and nineteen years of National Health System in Brasil, *In Ciência. Saúde colectiva*. Vol. 15 (1), 2010.

²⁰⁷ Cf. Lourenço O., Quintal C. - *A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma Avaliação em Modelos de Contagem*. Coimbra: Notas Económicas, 2007.

²⁰⁸ Cf. *Ibidem*.

²⁰⁹Para este assunto ver: Simões, J. (coord.) - *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado*. Coimbra: Almedina, 2010.; Santana, P. - *Geografias da saúde e do desenvolvimento evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina, 2005.

do setor privado.”²¹⁰ Todavia, este aumento em quantidade de recursos de serviços de cuidados de saúde parece não estar a contribuir para uma justa e equilibrada distribuição dos mesmos. Isto mesmo é referido por Campos, que afirma que “os portugueses desejam que o SNS possua meios materiais suficientes para uma distribuição equitativa dos recursos humanos, materiais e financeiros, segundo as necessidades para proteger os problemas de saúde”²¹¹.

Esta realidade é atestada num estudo realizado por Oliveira e Bevan, no qual os autores concluem que os “hospitais públicos portugueses gastam mais recursos com a população mais idosa”, demonstrando igualmente que “os hospitais centrais estão localizados onde a população tem menos necessidade de cuidados”.²¹² O mesmo estudo revelou uma concentração elevada de médicos no distrito de Lisboa, aspeto que representa a existência de iniquidades. Estas iniquidades existentes no setor público da saúde, patentes em outros estudos, “atingem as pessoas com menor rendimento, pois são estas quem mais frequentemente utiliza o sistema de saúde público, sendo também a classe que representa níveis de necessidade superiores de utilização”²¹³.

Diversos autores têm dado o seu contributo para a questão das iniquidades, nomeadamente através de estudos²¹⁴ que se reportam a consultas médicas de clínica geral e de especialidade, verificando-se que ambos apontam para resultados semelhantes²¹⁵.

²¹⁰ Barros, P. - *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina, 2009.

²¹¹ Ver: Campos, A. C. - *Reformas da Saúde – o fio condutor*. Coimbra: Almedina, 2008.

²¹² Oliveira, M.; Bevan, G. - Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *In Health Policy*, 66, 2003, p. 277-293.

²¹³ Simões, A.; Paquete, A.; Araújo, M. - Equidade Horizontal no sistema de saúde português: sector público vs sector privado. *In Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Documento de Trabalho:3, 2006.

²¹⁴ Cf. Van Doorslaer, E., Koolman, X.; Jones, A. - Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *In Health Economics*. Vol. 13 (7), 2004, p. 629-647.; Bago d’Uva, T., Jones, A.; Van Doorslaer, E. - Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European Panel data. *In Journal of Health Economics*. Vol. 28 (2), 2009, p. 280-289.

²¹⁵ Os resultados que obtiveram nos seus estudos foram semelhantes. Van Doorslaer *et al.*, (2004) compararam 13 países europeus, Bago d’Uva *et al.* (2009) seguiram entre 1995 e 2001 os mesmos indivíduos e Van Doorslaer *et al.*, (2006), em 2000, comparou 21 países da OCDE.

O padrão de iniquidade, no estudo Van Doorslaer²¹⁶, centra-se nas consultas de clínica geral e de especialidade, apresentando um nível de desigualdade relevante em número de consulta de especialidade. O estudo concluiu que, em Portugal, os cuidados primários favorecem os mais pobres e os cuidados em consultas de especialidade são utilizados com mais frequência pelos mais ricos.

A ausência de equidade gera iniquidades em saúde, situação que urge reverter através da definição e implementação de medidas efetivas que reduzam as desigualdades neste setor crucial da sociedade e da vida humana. Tais medidas passam, em primeiro lugar, pelo “reconhecimento da iniquidade como desigualdade, para prevenir a indiferença; depois, pela preocupação e vontade de atuar por via de iniciativas isoladas, com ações estruturadas suportadas por uma estratégia nacional, a fim de evitar o bloqueio perante a complexidade ou mesmo a sua negação.”²¹⁷

O dilema dos sistemas de saúde, na verdade, consiste na articulação equitativa e justa no direito ao acesso a cuidados de saúde e resulta da escassez de recursos. Esta dificuldade é denominada, por Serrão, por “trilema ético, técnico-profissional e económico: i) os custos (dos cuidados necessários) de boa qualidade são cada vez mais elevados; (ii) os cuidados podem ser racionados até ao limite economicamente sustentável, mas esta decisão política é eticamente discutível; (iii) os cuidados podem continuar a ser para todos, desde que de qualidade inferior, para serem mais baratos, decisão dificilmente aceitável pelos profissionais de saúde e pelos doentes. Ora, a afetação de recursos deve processar-se de modo a promover uma distinção justa de

²¹⁶ Van Doorslaer, E., Masseria, C.; Xander, K.- Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *In Canadian Medical Association Journal*. 174, 2006, p. 177-183

²¹⁷ Abordagem da Iniquidade em Saúde (retirado de Dahlgren & Whitehead, 2006), *cit in*, Furtado, C.; Pereira, J. - *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010.

benefícios.”²¹⁸ “E as políticas de saúde devem promover, de todo o modo e em todo tempo, a equidade, mas também a eficiência.”²¹⁹

Sabemos, porém, que as políticas de saúde atuais envolvem, sempre, uma escolha entre eficiência e equidade. Esta problemática, não desejável, implica, muitas vezes, promover uma destas dimensões, originando o sacrifício da outra.

A implementação de um sistema de saúde impõe que a afetação de recursos seja realizada segundo critérios consensuais. Neste contexto, é fundamental reconhecer que estabelecer prioridades e realizar opções são tarefas primordiais. De igual modo, a regulamentação da utilização dos recursos, de um modo justo e eficiente, é essencial para atingir o bem da saúde da pessoa doente, traduzindo-se num dos seus direitos.

“A equidade, enquanto princípio estruturante da afetação de recursos para a saúde, promove a igualdade de acesso de todos os cidadãos.”²²⁰

Porém, a garantia de igualdade de acesso de todos os indivíduos aos cuidados de saúde passa, necessariamente, por uma definição de prioridades, sendo estas legítimas do ponto de vista ético²²¹, que impõe critérios de justiça e transparência²²².

A maior parte da literatura publicada sobre a equidade na saúde salienta a equidade no acesso, relacionando a mesma com a utilização e financiamento dos diversos serviços de saúde.²²³ A extensão das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde é, aparentemente, sensível a questões como, por exemplo, se o acesso está ou não ajustado

²¹⁸ Serrão, D. - *Ética e os custos em cuidados de saúde*, op. cit., p. 155-168.

²¹⁹ Giraldes, M. - *Avaliação do SNS em Portugal: equidade versus eficiência*, op. cit., p. 21-44.

²²⁰ Enquanto opção política e ideológica o conceito de equidade pode ter várias implicações económicas e sociais: equidade na afetação de recursos, equidade na prestação de cuidados de saúde, e ainda equidade no pagamento desses cuidados de saúde. Ver EMANUEL, E. - *Justice and managed care: Four principles for the just allocation of health care resources*, Hastings Center Report May/June, 2000, p. 8-16.

²²¹ Chang, W-C - The meaning and goals of equity in health. *In Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 56, 2002, p. 488-491.

²²² Ainda que, como refere, aliás, Daniel Serrão, o racionamento dos cuidados de saúde, num sistema geral e universal pago pela solidariedade fiscal e gratuito no momento do uso ... não pode ser pelo preço. Dada a natureza singular do bem saúde, e ainda segundo este autor, tal racionamento criaria desigualdades de acesso, social e eticamente inaceitáveis numa sociedade democrática e justa. SERRÃO, D. - *A ética médica e os custos dos cuidados de saúde*, op. cit., p. 155-168

²²³ Macinko, J.; Starfield - *International Journal of Equity on Health*. *In BioMed Central*, I: (1). 2002.

às diferentes necessidades de saúde e qual o tipo de cuidados médicos a ser prestado (cuidados de saúde primários, cuidados de saúde da especialidade e cuidados de saúde hospitalares).

Verifica-se, neste sentido, que o sistema de saúde público não tem possibilidade de providenciar cuidados de saúde de acordo com as necessidades individuais, provocando uma obstrução no que se refere a alguns pontos críticos. Assim, à partida, qualquer alteração pontual não terá repercussões no funcionamento global da saúde, o que leva à constatação de que apenas as medidas de carácter sistémico poderão permitir resolver determinadas problemáticas, como, por exemplo, a dos tempos de espera. Os diferentes princípios éticos podem necessitar de ser revistos com eficácia e eficiência, no que refere à prioridade dos cuidados de saúde.

É necessária uma estratégia nacional, mas que não pode nem deve ficar refém de políticas ideológicas. Deve, sim, envolver todos os setores da saúde, incluindo o setor privado, este que, na realidade, está em zonas onde o SNS confere algumas iniquidades/desigualdades, nomeadamente ao nível de consultas de especialidade, tempo de espera, acessibilidade e intervenções ou terapias (referidas em estudos aqui citados), de forma a promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde como “equidade horizontal”²²⁴, isto é, tratamento igual para pessoas em iguais condições, sem qualquer efeito distributivo associado a diferenças de estratos sociais”²²⁵ e geográficos.

²²⁴ Smith (2001) propõe um conceito de equidade no acesso aos cuidados de saúde numa noção objetiva, independente do julgamento ético, não considerando a questão da equidade vertical, justificando que a questão da equidade vertical é menos abordada e dá origem a questões profundas de julgamento ético relacionadas, por exemplo, na medida em que um elemento de eficácia deve ser sacrificado em busca de um objetivo: a equidade vertical.

²²⁵ Simões, A.; Paquete, A.; Araújo, M. - Equidade Horizontal no sistema de saúde português: sector público vs sector privado. *In Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Documento de Trabalho:3. Ver ainda: Simões, J. Prioridades em Saúde. [Em linha] Lisboa: Saúde SA. (2010) [Consultado 20 abr. 2020]. Disponível em <http://saudesa.blogspot.com/2010/01/prioridades-em-saude.html>; Simões, J.; Ferrinho, P. – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Pensar saúde [Em linha] Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. 2010. [Consultado 20 Abr. 2020]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/Boletim-Pensar-Saude-Nº01.pdf>

A este propósito, atente-se no referido no capítulo anterior, onde se mencionava que a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos viabilizou a reflexão sobre temas que ultrapassam a relação biomédica e abrangem questões sociais, sanitárias e ambientais, como exclusão social, vulnerabilidade, pobreza e discriminação.

3. PERCEÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES/UTENTES DOS CUIDADOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Campos²²⁶ refere que a qualidade em saúde aborda a estrutura composta pelas infraestruturas, os recursos humanos e materiais e a organização.

O processo é onde estão incluídos todos os procedimentos de natureza clínica e social que interagem, direta ou indiretamente, com o doente, ou seja, deve refletir o modo como os cuidados são efetivamente prestados. Por fim, os resultados devem traduzir o impacto que as condições e os processos têm na vida dos doentes, nomeadamente a cura, a reabilitação, a satisfação, as sequelas, as deficiências, a insatisfação e a morte.

Em Portugal, tem havido uma preocupação crescente com as questões da qualidade, nomeadamente nos serviços que prestam cuidados de saúde, sendo expressa esta preocupação pelos órgãos competentes, tal como vem explícito no Plano Nacional de Saúde de 2004-2010.

Nas últimas décadas tem-se dado cada vez mais importância à experiência dos utentes com os cuidados de saúde, de uma forma geral, recebidos durante o internamento, pois a avaliação e definição dos cuidados pelos utentes é algo imprescindível para a melhoria contínua da qualidade.

Ao focarmos a nossa atenção nos utilizadores dos serviços e cuidados de saúde na CSSM-H, estamos, necessariamente, a preocupar-nos com a forma como os cuidados e

²²⁶ Campos, L., Borges, M., Portugal, R. - *Governança dos hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 1ª edição, ISBN:978-972-46-1930-9., 2009.

os serviços satisfazem as suas necessidades, objetivas e subjetivas, e como contribuem para melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida.²²⁷

Vários autores e organizações nacionais e internacionais têm realçado a importância de ouvir os doentes, argumentando que são normalmente estes que melhor conhecem o resultado de saúde desejável, fornecendo expectativas, quereres e prioridades diferentes das dos profissionais. Por outro lado, os doentes cada vez mais se apresentam perante os sistemas de saúde com um poder específico, como parceiros nos cuidados e nas tomadas de decisão.²²⁸

Segundo Wensing e Grol²²⁹, há vários métodos para envolver os doentes na prestação dos cuidados. Um deles é recolher dados de satisfação com os cuidados, para, posteriormente, serem usados em planos e ações orientados para a melhoria dos mesmos.

De acordo com as orientações dos autores acima mencionados, realizámos, como já referido, um questionário original que foi entregue aos clientes/utentes da CSSM-H, de forma a perceber o seu grau de satisfação sobre a prestação de cuidados e de serviços de saúde.

Assim, para verificar evidências na literatura, no âmbito da satisfação da pessoa doente/utente e dos fatores que a determinam ou influenciam, foi realizada uma revisão literária. Pela leitura dos artigos selecionados²³⁰, pode constatar-se que o índice de

²²⁷ Cf. Ferreira, P. L. — Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual. *In Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 16 (2000) 53-62.

²²⁸ Cf. Grol, R., *et al.* — Patients in Europe evaluate general practice care : an international comparison. *British Journal of General Practice*. 50, 2000, p. 882-887.; Guadagnoli, E. ; Ward, P. — Patient participation in decision making. *Social Science and Medicine*. 47, 1998, p. 329-339; Mossialos, E. — Citizen's views on health care systems in the 15 member state; WHO — World Health Report. Genev: World Health Organization, 2000.

²²⁹ Grol, R. — Development and validation of an European standardized outcome instrument for patient evaluation of the quality of care in general practice. Luxembourg : European Commission, 1995 (Biomed 2 concerted action).

²³⁰ ESTUDOS: Tinoco, P. - *Avaliação da Qualidade percebida em saúde: o caso do Serviço de radiologia do Hospital de Faro E.P.E* (140 utentes), 2013; Umbelino, T. - *Os Determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia Privado de Lisboa* (178 utentes) 2016; Cruz, V. - *Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde* (308 utentes), 2018; Melo, V. - *Avaliação da qualidade e satisfação*

satisfação global é elevado. A par deste indicador, os artigos referem a importância da amabilidade e empatia dos profissionais de saúde, a disponibilidade da informação e comunicação, a qualidade das infraestruturas, a rapidez no atendimento como fatores positivos na avaliação da satisfação da pessoa doente/utente. Os fatores negativos dizem respeito ao tempo de espera, à ineficácia de resolução de problemas de saúde.

Um dado importante que é de destacar nos estudos analisados é de que não existe consenso nos resultados, no que diz respeito à satisfação da pessoa doente/utente, com exceção dos tempos de espera e comunicação/ informação.

Na leitura do estudo de Ferreira²³¹ percebemos que o universo dos utilizadores que fazem comentários positivos concentra-se, essencialmente, nos profissionais de saúde da atividade médica; já os comentários negativos visam particularmente a organização das consultas e o pessoal administrativo.

No que diz respeito às consultas, no estudo referido, as pessoas doentes indicam, sobretudo, as oportunidades que existem para a marcação das mesmas²³², lamentando o facto de apenas existir um dia por semana ou terem de se dirigir ao centro de saúde muito cedo.²³³ Queixam-se, ainda, do tempo de espera nas salas de espera²³⁴ e sentem uma grande discrepância entre a hora da marcação e a efetivação da consulta.²³⁵ Relativamente

percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço (147 utentes), 2019; Ferreira, P. L., *et tal* - *Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo*. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Volume temático: 2, 2001.; HSMM - <https://www.hbarcelos.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2020/10/satisfacao-utentes-2019.pdf> (acedido em 14 de setembro de 2022)

²³¹ Ferreira, P. L., *et tal* - *Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Volume temático: 2, 2001.

²³² Presentemente, as consultas são marcadas, no mínimo, com prazos de dois meses»; «deveria ser possível minimizar o tempo entre a marcação da consulta e a consulta»; «acho que não deviam ser marcadas com tanta antecedência porque, quando nós precisamos, por vezes, vamos às urgências, e não ao médico de família».

²³³ «Para ter consulta no próprio dia tenho de estar às 6 da manhã à porta do posto porque, se assim não for, tenho de estar à espera seis meses pela consulta.»

²³⁴ «O tempo de espera das consultas é sempre muito grande; quando a consulta tem início às 9 horas, às vezes a consulta só é efetuada às 11 horas ou ao meio-dia.»

²³⁵ «Se marcamos uma consulta, é porque estamos doentes e devíamos ser atendidos o mais depressa possível.»

ao próprio tempo das consultas, também existem queixas de que as consultas não são somente destinadas à prescrição de medicamentos.

No que concerne aos médicos, existem comentários que alegam a sua sobrecarga, bem como terem de consultar muitos doentes ao mesmo tempo, em virtude de serem poucos.²³⁶ Por outro lado, afirmam que o médico não devia estar a fazer coisas como medir a tensão, sendo também alvo de crítica a falta de um atendimento personalizado e de alguma falta de simpatia por parte do mesmo.²³⁷

O estudo aqui citado capta, de modo geral, a perceção dos utentes sobre a satisfação quanto à forma como os cuidados de saúde são prestados nos centros de saúde. Para os autores, é notória a perceção da falta de uma gestão orientada para uma afetação de recursos, sempre escassos.²³⁸

No outro estudo de avaliação de satisfação dos clientes/utentes do HSMM (2019)²³⁹ os objetivos gerais centraram-se em identificar os fatores que definem a satisfação e insatisfação dos Utentes; definir as estratégias de ação possíveis e adequadas à melhoria das condições de atendimento aos Utentes, nas principais áreas de atuação do Hospital. Quanto aos objetivos específicos, o estudo pretendeu identificar as dimensões dos atributos da qualidade, satisfação e imagem do HSMM, na perspetiva dos clientes/utentes; analisar a importância das diferentes dimensões da qualidade percebida e a sua relação com a satisfação do cliente/utente.

Os resultados mostraram uma satisfação global dos clientes/utentes, tendo-se verificado que a atenção, a disponibilidade e a qualidade da informação disponibilizada

²³⁶ «O maior problema que tenho é a falta de médico de família há praticamente dois anos».

²³⁷ «Este médico não tem perfil de médico de família; é incorreto e não presta atenção aos seus utentes»; «empurra-os para o consultório particular».

²³⁸ Ferreira, P. L., *et tal* - Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública; Volume temático: 2, 2001.

²³⁹HSMM - <https://www.hbarcelos.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2020/10/satisfacao-utentes-2019.pdf> (acedido em 14 de setembro de 2022)

pelos profissionais são indicadores muito valorizados pelos doentes. Os utentes inquiridos reconhecem as limitações das condições hoteleiras, mas, ao mesmo tempo, identificam aspetos que podem ser melhorados, nomeadamente a limpeza e o asseio das instalações, a temperatura a que as refeições são servidas e o apoio prestado durante as mesmas. Também o conforto, nomeadamente dos acompanhantes, a manutenção dos equipamentos nos serviços, a gestão dos doentes nos serviços e do número de visitas por doente mereceram apreciação negativa. É, igualmente, de salientar a aferição de alguma insatisfação no que concerne à falta de entretenimento para os doentes, concretamente televisão e rede WI- FI²⁴⁰.

O estudo de Umbelino²⁴¹, no qual é realizada uma revisão à literatura existente, indicou que a satisfação das pessoas clientes/utentes se demonstra como um conceito multidimensional, por isso afirma ser difícil realizar comparações de resultados, tendo em conta que cada unidade/serviço, cada pessoa cliente/utente e, naturalmente, cada estudo assumem as suas próprias características.

Um outro estudo²⁴², realizado fora de Portugal, onde foi medida a qualidade dos serviços percecionada pelos clientes/utentes, foi possível verificar a necessidade de as organizações de saúde disporem de meios de comunicação eficazes para elevar os sentimentos de satisfação nos utentes e avaliar a sua tendência para usufruir do serviço

²⁴⁰ AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DOENTES HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, E.P.E. disponível em <https://www.hbarcelos.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2020/10/satisfacao-utentes-2019.pdf> (acedido em 14 de setembro de 2022)

²⁴¹ Umbelino, T - Os determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia Privado. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2016.

²⁴² Cruz, V. M. R - Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde. Universidade da Beira Interior. (2018) Disponível em: http://purl.org/coar/access_right/c_abf2. Estudo sobre a qualidade dos serviços percecionada pelos utentes foi medida através da escala PAKSERV um modelo desenvolvido por Raajpoot, e usado para bens intangíveis. Este tipo de escala aborda a qualidade dos serviços como uma variável multidimensional, onde, além das quatro variáveis centrais do estudo (qualidade dos serviços, imagem organizacional, satisfação dos utentes e intenções comportamentais), consideraram-se ainda cinco outras variáveis, no sentido de permitir uma breve caracterização da amostra estudada: género (variável nominal dicotómica), idade (variável contínua), ocupação (variável nominal), nível de instrução escolar (variável ordinal) e rendimento mensal líquido (variável nominal).

novamente. O estudo mostra que a qualidade do serviço é de enorme importância para a imagem institucional e para o seu impacto positivo na satisfação dos clientes/utentes. Este dado é fundamental para os gestores das unidades de saúde e hospitais, face à escassez de estudos de investigação sobre esta matéria em países como o país em que o estudo foi realizado. Na verdade, este estudo ajuda o gestor a estar mais próximo das expectativas e da perceção da pessoa cliente/utente não só sobre a qualidade do serviço e da organização, mas também sobre os aspetos que devem melhorar. Este facto proporciona ao gestor a reflexão em torno das estratégias que deverão ser implementadas, de forma a ir ao encontro das necessidades do utente. Ora, afigura-se-nos que a principal estratégia não pode passar apenas pelo que o gestor pensa que o cliente/utente necessita. Deve, sobretudo, incluir o que pensa o cliente/utente sobre as suas necessidades.

Ainda na análise de um outro estudo²⁴³ sobre a perceção da satisfação, os resultados demonstraram a “capacidade de resposta” como algo negativo, destacando a empatia e a segurança como um fator positivo. Os dados revelaram, ainda, um outro aspeto importante, um elevado grau de respeito pela dignidade de cada um, o que significa que o modo como os clientes/utentes eram tratados correspondeu ao que esperavam. Importante será, então, a constatação de quatro das correlações fortes - capacidade de resposta/confiabilidade, segurança/confiabilidade, segurança/capacidade de resposta e empatia/segurança -, sendo que os dados obtidos revelam que a dimensão com maior necessidade urgente de melhoria, na visão dos clientes/utentes, será a capacidade de resposta.

²⁴³ Melo, V. P. de S. - Avaliação da qualidade e satisfação percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço. Universidade Atlântica. doi:<http://hdl.handle.net/10884/1484>. (2019) Estudo de caso, onde foi apresentado um questionário aos utentes do Centro de Saúde de Mem Martins (Lisboa) de modo a perceber qual a sua perceção da satisfação.

A análise dos estudos que fizemos vai ao encontro de Umbelino²⁴⁴ no que diz respeito à conclusão da multidimensionalidade dos dados, o que evidencia que a comparação com outros estudos é sempre difícil de realizar.

Na CSSM-H, a partir dos dados disponíveis, é verificável um aumento substancial de clientes/subsistemas. Os dados mostram que, em julho de 2020, relativamente aos clientes/subsistemas, no nosso documento, designados por clientes protocolados no SMP estes eram 5398, número que, em julho de 2022, passou para 6459, ou seja, em dois anos, deu-se um aumento de 20%. Nas Consultas Externas, em julho de 2020, estas eram 12 288, número que sofreu um aumento de 80% em julho de 2022, em que as mesmas foram 22.890. De acordo com o quadro infra, quando analisada, no computo geral, a categoria dos clientes, verificamos que os não protocolados (particulares) no SMP subiram apenas 4% e os clientes protocolados (subsistemas) aumentaram 32%. O mesmo raciocínio é aplicável nas Consultas Externas, nas quais os particulares aumentaram 52% e os protocolados (subsistemas), 109%. Uma particularidade deveras interessante que nos saltou à vista foi a diminuição, no período homólogo, das cirurgias gerais nos clientes particulares, cuja percentagem foi de 7%, contra um aumento de 129% verificado nos clientes com subsistemas (protocolados). Podemos deduzir que o universo de utentes/clientes protocolados e não protocolados (particulares) que procuram a CSSM-H reconhece a qualidade do serviço prestado. Esta qualidade pode traduzir-se na prontidão do acesso às consultas, na rápida resposta, no tempo de espera reduzido, na simpatia e na

²⁴⁴ Umbelino, T - Os determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia Privado. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2016.

empatia dos profissionais de saúde, sendo que estes fatores são, recorrentemente, elencados como menos positivos nos estudos analisados^{245, 246, 247, 248, 249, 250, 251}.

²⁴⁵ Ferreira, P. L., *et tal* - Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública; Volume temático: 2, 2001.

²⁴⁶ Presentemente, as consultas são marcadas, no mínimo, com prazos de dois meses»; «deveria ser possível minimizar o tempo entre a marcação da consulta e a consulta»; «acho que não deviam ser marcadas com tanta antecedência porque, quando nós precisamos, por vezes, vamos às urgências, e não ao médico de família».

²⁴⁷ «Para ter consulta no próprio dia tenho de estar às 6 da manhã à porta do posto porque, se assim não for, tenho de estar à espera seis meses pela consulta.»

²⁴⁸ «O tempo de espera das consultas é sempre muito grande; quando a consulta tem início às 9 horas, às vezes a consulta só é efetuada às 11 horas ou ao meio-dia.»

²⁴⁹ «O maior problema que tenho é a falta de médico de família há praticamente dois anos».

²⁵⁰ «Este médico não tem perfil de médico de família; é incorreto e não presta atenção aos seus utentes»; «empurra-os para o consultório particular».

²⁵¹ Ferreira, P. L., *et tal* - Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública; Vol. temático: 2, 2001.

Quadro - Análise de clientes protocolados no período de julho de 2020 a julho de 2022.

Tipo de Serviço	2022		2020			EVOLUÇÃO 2020 - 2022						
		Ut. Particular		Ut. Particular		TOTAL UTENTES	SÓ PARTICULARES	SUBSISTEMAS				
SMP	6459	38%	2448	5398	44%	2358	1061	20%	90	4%	971	32%
CONSULTA EXTERNA	22890	32%	7338	12288	39%	4839	10602	86%	2499	52%	8103	109%
ALERGOLOGIA	0		0	102	30%	31	-102		-31		-71	
ANESTESIOLOGIA	13	62%	8	0		0	13		8		5	
ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR	282	32%	90	151	45%	68	131	87%	22	32%	109	131%
CIRURGIA GERAL	400	21%	82	227	39%	88	173	76%	-6	-7%	179	129%
CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA	39	28%	11	16	38%	6	23	144%	5	83%	18	180%
DERMATO-VERNEROLOGIA	1360	48%	646	946	47%	445	414	44%	201	45%	213	43%
ENDOCRINOLOGIA E NUTRIÇÃO	602	59%	358	284	53%	151	318	112%	207	137%	111	83%
GASTROENTEROLOGIA	1704	29%	497	935	41%	387	769	82%	110	28%	659	120%
GINECOLOGIA	984	19%	190	448	30%	136	536	120%	54	40%	482	154%
HEMATOLOGIA CLÍNICA	47	60%	28	36	72%	26	11	31%	2	8%	9	90%
IMUNOALERGOLOGIA	40	50%	20	15	67%	10	25	167%	10	100%	15	300%
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	1005	15%	149	531	16%	87	474	89%	62	71%	412	93%
MEDICINA GERAL E FAMILIAR	337	14%	48	5	100%	5	332	6640%	43	860%	289	
MEDICINA INTERNA	353	26%	91	146	32%	47	207	142%	44	94%	163	165%
NÃO ESPECIALISTAS	18	61%	11	16	31%	5	2	13%	6	120%	-4	-36%
NEFROLOGIA	42	55%	23	14	64%	9	28	200%	14	156%	14	280%
NEUROCIRURGIA	535	26%	140	158	42%	66	377	239%	74	112%	303	329%
NEUROLOGIA	465	69%	322	322	72%	231	143	44%	91	39%	52	57%
NUTRIÇÃO	25	28%	7	0		0	25		7		18	
OPHTALMOLOGIA	2138	22%	477	972	20%	198	1166	120%	279	141%	887	115%
ONCOLOGIA MÉDICA	12	25%	3	12	33%	4	0	0%	-1	-25%	1	13%
ORTOPEDIA	2372	24%	560	1369	36%	488	1003	73%	72	15%	931	106%
OSTEOPATIA	229	40%	92	144	24%	35	85	59%	57	163%	28	26%
OTORRINOLARINGOLOGIA	2492	25%	621	1011	27%	278	1481	146%	343	123%	1138	155%
OUTRAS ESPECIALIDADES	594	72%	204	128	47%	59	466	364%	145	246%	321	465%
PEDIATRIA	878	21%	181	746	36%	272	132	18%	-91	-33%	223	47%
PNEUMOLOGIA	798	41%	331	495	53%	261	303	61%	70	27%	233	100%
PSICOLOGIA	537	34%	184	164	41%	67	373	227%	117	175%	256	264%
PSICOMOTRICIDADE	50	50%	25	34	35%	12	16	47%	13	108%	3	14%
PSIQUIATRIA	388	61%	238	317	50%	159	71	22%	79	50%	-8	-5%
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	383	62%	236	71	55%	39	312	439%	197	505%	115	359%
REUMATOLOGIA	1662	47%	785	1250	54%	673	412	33%	112	17%	300	52%
SAÚDE PÚBLICA	11	45%	5	0		0	11		5		6	
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	146	42%	62	15	33%	5	131	873%	57	1140%	74	740%
TERAPIA DA FALA	57	9%	5	64	25%	16	-7	-11%	-11	-69%	4	8%
TERAPIA OCUPACIONAL	59	47%	28	4	0%	0	55	1375%	28		27	675%
UROLOGIA	1833	32%	580	1140	42%	475	693	61%	105	22%	588	88%
	29349	33%	9786	17686	41%	7197	11663		2589		9074	

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

A investigação científica como processo metodológico e sistemático, diferente de outras formas de conhecimento, assenta na colheita de dados, observáveis e verificáveis, da realidade concreta, no sentido de a descrever, explicar, predizer ou mesmo controlar.²⁵² Todo o processo de investigação ou pesquisa procura não só validar os conhecimentos adquiridos, mas também produzir novos saberes que possam influenciar novas práticas e novo conhecimento²⁵³.

No que se refere à metodologia, optámos por um estudo observacional, exploratório, com abordagem transversal, que procura indagar sobre a satisfação e a perceção dos utentes/clientes (protocolados e não protocolados) da CSSM-H e identificar possíveis fatores de constrangimento ao acesso equitativo a tratamentos e cuidados de saúde. Esta metodologia faz parte dos estudos não experimentais, em que o seu desenho foca essencialmente (num determinado momento no tempo) a relação entre variáveis e uma consequente explicação das mesmas.²⁵⁴

Foi realizada uma revisão de literatura em artigos publicados, numa primeira fase, sem limitação de tempo, até 2017; e, numa segunda fase, em artigos publicados de 2018

²⁵² Polit, D.F.; Beck, C.T. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

²⁵³ Grove, SK, Burns, N. e Gray, J. - *The Practice of Nursing Research. Avaliação, Síntese e Geração de Provas*. Elsevier: Saunders, 2012.

²⁵⁴ Fortim, M. F.; Côté, J.; Fillion, F. – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Trad. Nídia Salgueiro. Revisão. técnica Carlos Ferreira. Loures: Lusodidacta, 2009.

a 2022, encontrando-se disponível o texto completo/sumário em bases de dados eletrônicas, particularmente na medline, na qual se usaram os termos MESH “patient satisfaction/satisfação do paciente”; “equidade acesso/saúde”. Foi, igualmente, utilizada a base de dados do google académico com os termos “satisfação do doente” e “satisfação do utente”; “equidade/acesso saúde”.

No nosso estudo utilizámos a metodologia quantitativa, com recurso à estatística descritiva e inferencial; à análise descritiva; à análise fatorial exploratória das escalas; à análise de consistência interna das escalas; às dimensões das escalas; e análise descritiva das escalas.

2. OBJETIVO E HIPÓTESES.

O objetivo geral deste estudo parte de uma questão central que tem como finalidade perceber a “a percepção que os clientes/utentes têm sobre se existe ou não a equidade de acesso a tratamentos e cuidados de saúde na CSSM-H”. A formulação desta questão de partida conduziu-nos à definição dos seguintes objetivos:

- realizar a caracterização sociodemográfica dos clientes/utentes da CSSM-H;
- caracterizar a utilização do SMP (Urgência 24h), respetivas vantagens e percepção dos clientes/utentes sobre as especialidades médicas;
- analisar a utilização das especialidades médicas, principais vantagens e a sua Percepção;
- definir e caracterizar as dimensões das atitudes dos clientes/utentes da SMP (Urgência 24h) e das especialidades médicas;
- comparar o acesso equitativo a tratamentos dos clientes/utentes protocolados e não-protocolados;

- identificar a influência dos fatores económicos no acesso equitativo dos clientes/utentes aos cuidados de saúde;
- comparar a perceção relativamente ao SMP (Urgências 24h) e especialidades entre clientes/utentes protocolados e não-protocolados;
- analisar as atitudes dos clientes/utentes nas consultas de especialidades;

2.1. Instrumento de medida

Como instrumento de medida foi utilizado um questionário elaborado pela investigadora, original e apropriado ao estudo, constituído por três partes: a primeira, sociodemográfica; a segunda referente ao cliente/utilizador dos serviços de saúde; e a terceira, incidindo sobre a fidelização e relação institucional do cliente com a CSSM-H. É composto por dezassete perguntas, sendo que a pergunta onze é formulada por uma escala Likert (“discordo totalmente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo”), contendo 23 questões, e a pergunta quinze, também formada por escala (“discordo totalmente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo”), integrando 25 questões.

3. POPULAÇÃO/ AMOSTRA

A amostra refere-se a um grupo de pessoas, ou a uma parcela da população, que é selecionado de forma a representar a população inteira.²⁵⁵ Exige-se, por isso, em qualquer estudo de investigação uma definição exata da população em estudo, cabendo ao investigador evidenciar o recurso e o método utilizado para aceder à população que

²⁵⁵ Polit, D.F.; Beck, C.T. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*, 2011.

pretende. É imprescindível caracterizar as amostras, sendo que, neste estudo, foram utilizadas as variáveis sociodemográficas, cliente/utilizador dos serviços de saúde da CSSM-H, fidelização e relação institucional.

A amostra é por conveniência e constituída por clientes/utilizadores dos serviços de cuidados de saúde da CSSM-H. Foram inquiridas 808 pessoas, entre 2 de julho e 12 outubro de 2021, tendo-se obtido 808 questionários válidos.

4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E RECOLHA DE DADOS

Em maio de 2020, foi autorizada pelo Conselho de Administração da CSSM-H a aprovação do questionário e a sua aplicação aos clientes/utilizadores dos serviços de cuidados de saúde. Foi, ainda, solicitado o parecer da Comissão de Ética acerca do instrumento de recolha de dados – “Questionário sobre a fidelização e satisfação com os serviços da Casa de Saúde S. Mateus - Hospital privado de Viseu”.

A recolha de dados foi efetuada através de um elemento de ligação indicado pela CSSM-H e de estudantes da Universidade Católica de Viseu, no âmbito do Estágio Profissional e da relação de parceria com ambas as entidades. A decisão por esta opção deveu-se ao facto da investigadora ser Vice-Presidente do Conselho de Administração da CSSM-H, o que poderia gerar constrangimentos de identificação do inquirido-investigador e investigador-administrador.

De acordo com os princípios bioéticos e em conformidade com a norma – Consentimento Informado –, foram dadas indicações da liberdade de participar ou não no referido estudo, sendo garantidos os procedimentos de confidencialidade e privacidade dos dados, tanto a nível da recolha como do tratamento e armazenamento dos mesmos, bem como a sua eliminação e/ou apagamento, conforme previsto no RGPD, através da pseudonimização - tratamento de dados pessoais, de forma a que deixem de poder ser

atribuídos a um titular de dados específico, sem o recurso a informações suplementares, desde que essas informações sejam mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável, art . 4.º, 5.

5. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de dados implicou a conversão da informação recolhida através de um instrumento de recolha de dados que permitiu a compilação estatística, com vista a evidenciar as principais características das variáveis de interesse²⁵⁶.

Os dados recolhidos foram organizados numa base de dados, recorrendo-se aos métodos estatísticos descritivos e inferenciais considerados adequados à sua análise, através da ferramenta informática *Statistical Package for the Social Sciences versão (25)* (SPSS).

Dado o formato tipo ikert dos itens dos questionários, assume-se a média dos referidos itens de cada dimensão, com variáveis intervalares e a admissão da significância estatística para valores de $p < 0.05$, com um intervalo de confiança de 95%.

²⁵⁶Cf. Cunha; M. - *El Método de la Frontera*. Salamanca: Ediciones de la Universidad, 2007.

CAPÍTULO V

ANALISE DOS RESULTADOS

1. MÉTODOS ESTATÍSTICOS

1.1. Estatística descritiva

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequência e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificados, enquanto que, para as variáveis quantitativas ou medidas em escala de Likert, se apresentam as estatísticas mais relevantes, para as quais importa salientar que, numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior ao seu ponto intermédio.

1.2. Análise de consistência interna de escalas

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida, de acordo com Anastasi²⁵⁷ e DeVellis²⁵⁸, utilizando o Alfa de Cronbach para verificação da sua consistência interna, medindo a forma como um conjunto de variáveis representa uma determinada dimensão²⁵⁹. Um valor do Alfa de Cronbach superior a 0,80 é considerado adequado, sendo os valores de 0,60 e 0,80 considerados como aceitáveis, de acordo com Muñiz²⁶⁰

²⁵⁷ Anastasi, A. - *Psychological testing*. New York: McMillan, 1990.

²⁵⁸ DeVellis, R.F. - *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications, 1991.
Disponível em: www.portaldasaude.pt. Acesso em abril de 2020.

²⁵⁹ Hill, M.; Hill, A. - *Investigação por questionário*. (2a ed.). Lisboa: Sílabo, 2002.

²⁶⁰ Muñiz, J. - *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirâmide, 2003.; Muñiz, J.; Fidalgo, A.M.; García-Cueto, E.; Martínez, R.J.; Moreno, R. - *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla, 2005

1.3. Análise fatorial exploratória

A metodologia utilizada para a aplicação da análise fatorial é abordada detalhadamente por Stevens²⁶¹ e por Hair *et al.*²⁶², com o objetivo de analisar um conjunto de variáveis no sentido de verificar se é possível realizar agrupamentos, permitindo transformar as variáveis que integram uma escala num menor número de fatores.

Utiliza-se como medida de adequação do método à amostra em estudo o KMO Leong & Austin²⁶³ que, para valores elevados, indica que os dados apresentam qualidade para ser aplicada a análise fatorial Maroco²⁶⁴. As comunalidades representam a percentagem de variância comum das variáveis nos fatores extraídos, devendo ser superiores ao mínimo normalmente exigido, 32%, Tabachnik & Fidell²⁶⁵. O critério de Kaiser refere que os fatores devem explicar, pelo menos, perto de 60% da variação total das variáveis originais²⁶⁶

1.4. Teste do qui-quadrado

Os testes estatísticos servem para determinar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes e se podem ser inferidas para a população, utilizando como referência um valor de prova de 5%.

A utilização do teste do qui-quadrado é abordada por Maroco (2011, p. 105-107) para estudar a relação entre variáveis qualitativas, contemplando-se a hipótese de as

²⁶¹ Stevens, J. - *Applied multivariate statistics for the social sciences* (cap.11). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.

²⁶² Hair, J.; Anderson, R. E.; Tatham, R.L.; Black, W. - *Multivariate Data: Analysis with readings*. New Jersey: Prentice-Hall, 1995.

²⁶³ Leong, F.T.L.; Austin, J.T - *The Psychology Research Handbook*. Second Edition. Sage Publications, Thousand Oaks, California, 2006.

²⁶⁴ Maroco, J. - *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.ª Edição. Edições Report Number, 2011.

²⁶⁵ Tabachnik, B.G.; Fidell, L.S. - *Using Multivariate Statistics*. (5.th Ed.). Pearson Education, 2006.

²⁶⁶ *Idem*, 2006.

variáveis relacionadas serem independentes, sendo que um valor de prova inferior (p) a 5% permite rejeitar esta possibilidade e concluir que as variáveis estão relacionadas.

1.5. Teste t

Para o estudo da relação entre variáveis quantitativas, como as resultantes das escalas utilizadas e uma variável com duas categorias, utiliza-se o teste paramétrico t de Student²⁶⁷, pois os grupos em comparação são de grande dimensão, analisando-se a hipótese de não existir diferença na média das variáveis entre os dois grupos comparados. Também aqui, um valor de prova inferior a 5% permite rejeitar a hipótese anterior.

2. ANÁLISE DESCRITIVA

A amostra é constituída por 808 indivíduos, clientes da CSSM, tendo os questionários sido aplicados entre 2 de julho a 12 de outubro de 2020, num total de 1452 e-mails da base de dados da CSSM, de entre os quais: enviados – 841 e-mails; não enviados – 117 e-mails; total de e-mails enviados – 724 e-mails; respostas recebidas – 17. Assim, regista-se que, dos 808 inquéritos, 17 foram recebidos por via e-mail e 791 presencialmente.

2.1. Parte 1 - Caracterização

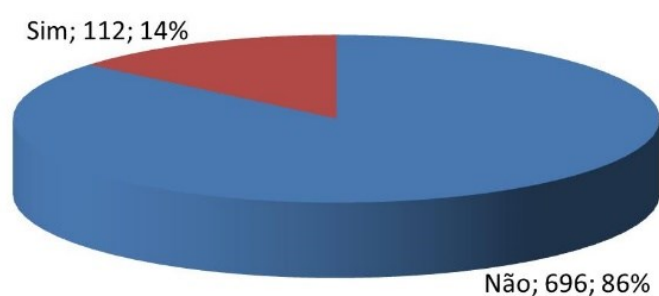
Na amostra, de acordo com a Tabela 1 e com Gráfico 1, 13,9% recorrem pela primeira vez aos serviços médicos da CSSM-Hospital.

²⁶⁷ Maroco, J. - Análise Estatística com o SPSS Statistics. 5.^a Edição. Edições Report Number, 2011, p. 199-204..

Tabela 1: É a primeira vez que recorre aos serviços médicos da CSSM-Hospital?

	N	%
Não	696	86,1
Sim	112	13,9
Total	808	100,0

Gráfico 1: É a primeira vez que recorre aos serviços médicos da CSSM-Hospital?



Na amostra, de acordo com a Tabela 2 e com Gráfico 2, verifica-se que, no que concerne à idade, 2,5% têm menos de 18 anos, 18,9% têm entre 19-30 anos, 24,5% têm entre 31-40 anos, 35,9% têm entre 41-65 anos e 18,2% têm mais de 65 anos. Relativamente ao género, 57,9% são do género feminino e os restantes 42,1% do género masculino. Em termos de habilitações académicas, 13,1% têm o Ensino Básico, 23,1% têm o Ensino Secundário, 37,4% têm Licenciatura, 17,7% têm Mestrado, 1,6% têm Doutoramento e 7,1% respondem “Outro”. Quanto ao rendimento mensal líquido, 9,4% auferem menos de 500€, 31,1% indicam 501€-1000€, 25,0% indicam 1001€-1500€, 13,9% indicam 1501€-2000€, 4,5% indicam mais de 2000€ e 16,2% respondem que “não se aplica”. No que se reporta à situação profissional, 3,5% referem estar desempregados, 55,6% respondem ser trabalhadores por Conta de Outrem, 10,5% são trabalhadores por

Conta Própria, 10,5% são estudantes, 16,7% são reformados e 3,2% assinalam outra situação.

Verifica-se, ainda, na mesma Tabela e no Gráfico 3 que 59,9% são portadores de algum Seguro de Saúde, especificando ADSE (17,5%), MEDIS (9,5%), MEDICARE (5,9%), SAMS (3,1%), MULTICARE (2,7%), VICTORIA (2,5%), AdvanceCare (2,2%), TRANQUILIDADE (1,9%), GENERALI (1,5%), ALLIANZ e SNS (1,2% cada), CGD e FIDELIDADE (1,0% cada), TRUST (0,7%), LIBERTY SEGUROS e SAD GNR (0,6% cada), Futurehealthcare e ZURICH (0,5% cada), ADM, AGEAS, OCIDENTAL e SAMS Quadros (0,4% cada), LUSITANIA, “Montepio, Premium”, “Multicare, Medicare, Advance”, SAD PSP e SAVIDA (0,2% cada), AvanzSalud, Caixa Mútua, Cartão Embeiral, EDP, EPS, I, Montepio, “Multicare, ADSE”, Safecare, Saúde Prime e UGT (0,1% cada).

Tabela 2: Dados sociodemográficos

		N	%
Idade	Menor de 18 anos	20	2,5
	19-30 anos	153	18,9
	31-40 anos	198	24,5
	41-65 anos	290	35,9
	Mais de 65 anos	147	18,2
Género	Feminino	468	57,9
	Masculino	340	42,1
Qualificações	Ensino Básico	106	13,1
	Ensino Secundário	187	23,1
	Licenciatura	302	37,4
	Mestrado	143	17,7
	Doutoramento	13	1,6
	Outro	57	7,1
Rendimento Mensal Líquido	Menos de 500€	76	9,4
	501€-1000€	251	31,1
	1001€-1500€	202	25,0
	1501€-2000€	112	13,9
	Mais de 2000€	36	4,5
	Não se aplica	131	16,2
Situação Profissional	Desempregado	28	3,5
	Trabalhador por Conta de Outrem	449	55,6
	Trabalhador por Conta Própria	85	10,5
	Estudante	85	10,5
	Reformado	135	16,7
	Outro	26	3,2
Seguro de Saúde	Não	324	40,1
	Sim	484	59,9
Total		808	100,0

Gráfico 2: Dados sociodemográficos

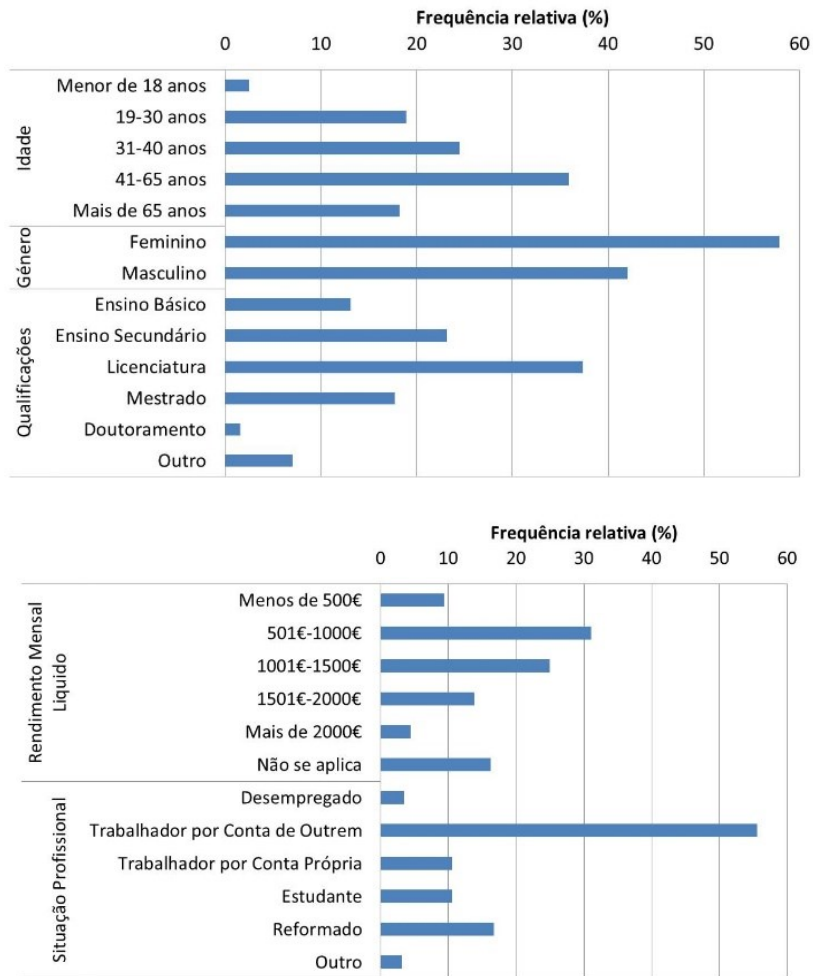
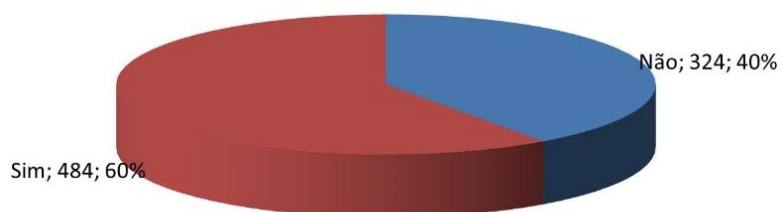


Gráfico 3: É portador de algum Seguro de Saúde?



2.2. Parte 2 - Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências

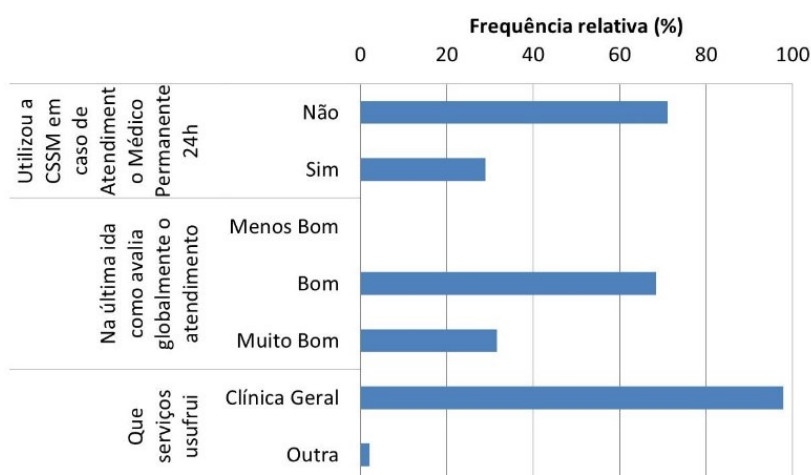
Na amostra, como pode ser observado na Tabela 3 e no Gráfico 4, 29,0% dos inquiridos já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h.

Para os elementos que utilizaram o serviço, quanto à avaliação global do atendimento pelos profissionais da CSSM, na última ida ao SMP 24h, a opção “menos bom” não é assinalada, 68,4% consideraram o atendimento “bom” e 31,6% consideraram o atendimento “muito bom”. Ainda para os clientes do SMP, 97,8% usufruíram dos serviços de Clínica Geral e 2,2% de outros serviços, a saber, “Exames de diagnóstico”; “Consultas”, “Gastroenterologia”, “Oftalmologia”, “Oftalmologia, ortopedia” e “Ortopedia”.

Tabela 3: Utilização do Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências

		N	%
Utilizou a Atendimento Médico Permanente 24h	Não	574	71,0
	Sim	234	29,0
Avaliação global do atendimento (N=234)	Menos bom	0	0,0
	Bom	160	68,4
	Muito Bom	74	31,6
Serviços (N=228)	Clínica Geral	223	97,8
	Outra	5	2,2
Total		808	100,0

Gráfico 4: Utilização do Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências

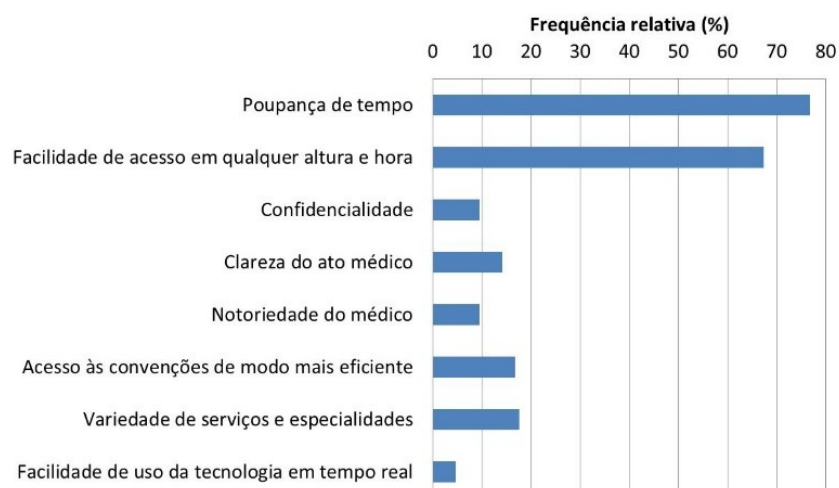


De acordo com a amostra, como pode ser observado na Tabela 4 e no Gráfico 5, quanto às principais vantagens na procura do SMP 24h, 76,8% assinalam a “Poupança de tempo” e 67,4% a “Facilidade de acesso em qualquer altura e hora”, traduzindo-se estas nas vantagens mais reconhecidas; 17,6% indicam a “Variedade de serviços e especialidades”, 16,7% o “Acesso às convenções de modo mais eficiente” e 14,2% a “Clareza do ato médico”, parâmetros estes com valores inferiores; 9,4% referem a “Confidencialidade”, 9,4% a “Notoriedade do médico” e 4,7% a “Facilidade de uso da tecnologia em tempo real”, sendo estas as vantagens menos assinaladas.

Tabela 4: Principais vantagens na procura do SMP 24h

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Poupança de tempo	54	23,2%	179	76,8%
Facilidade de acesso em qualquer altura e hora	76	32,6%	157	67,4%
Confidencialidade	211	90,6%	22	9,4%
Clareza do ato médico	200	85,8%	33	14,2%
Notoriedade do médico	211	90,6%	22	9,4%
Acesso às convenções de modo mais eficiente	194	83,3%	39	16,7%
Variedade de serviços e especialidades	192	82,4%	41	17,6%
Facilidade de uso da tecnologia em tempo real	222	95,3%	11	4,7%

Gráfico 5: Principais vantagens na procura do SMP 24h



Na subamostra dos que já utilizaram o SMP 24h, como pode ser observado na Tabela 5 e no Gráfico 6, agrupando as respostas de concordância, verifica-se que a

concordância é superior nos parâmetros “2. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza tem uma boa comunicação para os clientes” (92,3%), “3. Tenho uma boa opinião do SMP” (92,3%), “1. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza é de qualidade” (91,5%), “7. A minha tomada de decisão para ir ao SMP foi acertada” (89,7%), “13. O ato médico do SMP é de confiança” (89,3%), “14. O serviço do SMP é competente e recomendo” (88,9%), “8. Estou muito satisfeito com o SMP da CSSM” (88,5%) e “15. Confio na tecnologia da CSSM que o meu médico do SMP utiliza” (88,0%), aos quais se seguem o “9. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de urgência” (84,6%), “10. Considero-me fiel ao serviço do SMP” (78,2%), “12. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato do SMP” (76,1%) e “4. Se estiver novamente doente a CSSM será a sua primeira escolha no SMP” (75,6%), notando-se elevados níveis de concordância com todas estas afirmações. A concordância diminui para “5. Utilizei vários amigos para obter informações do SMP antes de me deslocar à CSSM” (30,8%) e “6. Passei algum tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar ao SMP” (26,9%), e é residual para “11. Não pretendo voltar ao SMP” (6,4%).

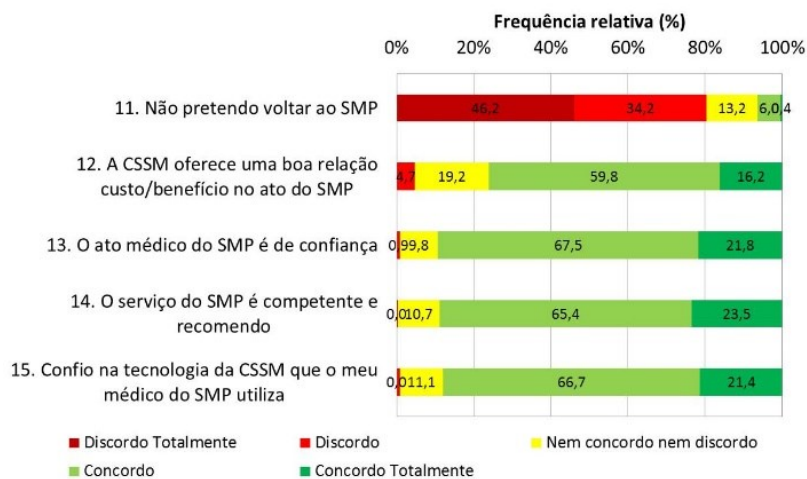
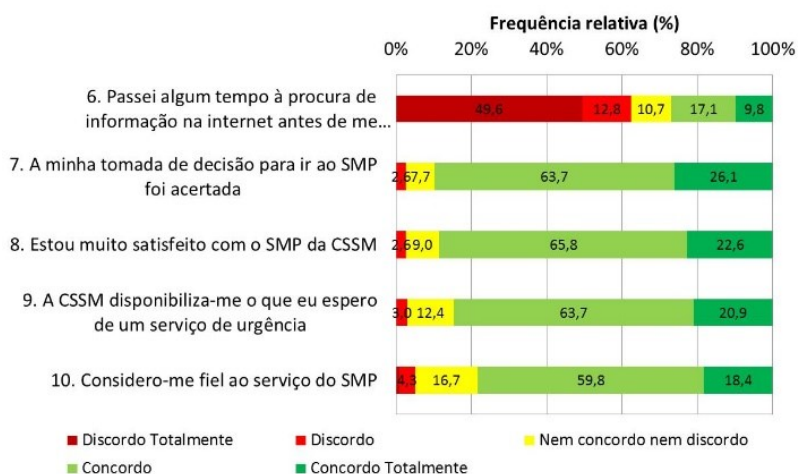
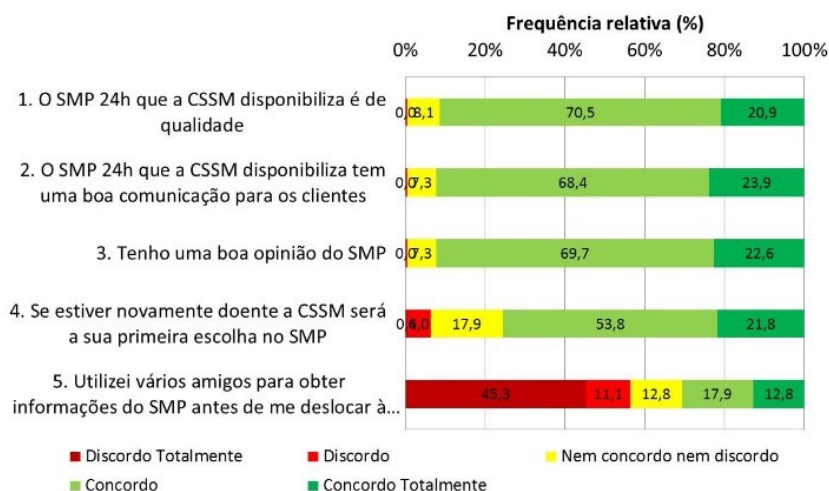
Tabela 5: Avalie as seguintes afirmações relativamente à especialidade médica que procurou na última ida ao SMP 24h

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza é de qualidade			1	,4%	19	8,1%	165	70,5%	49	20,9%
2. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza tem uma boa comunicação para os clientes			1	,4%	17	7,3%	160	68,4%	56	23,9%
3. Tenho uma boa opinião do SMP			1	,4%	17	7,3%	163	69,7%	53	22,6%
4. Se estiver novamente doente a CSSM será a sua primeira escolha no SMP	1	,4%	14	6,0%	42	17,9%	126	53,8%	51	21,8%
5. Utilizei vários amigos para obter informações do SMP antes de me deslocar à CSSM	106	45,3%	26	11,1%	30	12,8%	42	17,9%	30	12,8%
6. Passei algum tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar ao SMP	116	49,6%	30	12,8%	25	10,7%	40	17,1%	23	9,8%
7. A minha tomada de decisão para ir ao SMP foi acertada			6	2,6%	18	7,7%	149	63,7%	61	26,1%
8. Estou muito satisfeito com o SMP da CSSM			6	2,6%	21	9,0%	154	65,8%	53	22,6%
9. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de urgência			7	3,0%	29	12,4%	149	63,7%	49	20,9%
10. Considero-me fiel ao serviço do SMP	2	,9%	10	4,3%	39	16,7%	140	59,8%	43	18,4%
11. Não pretendo voltar ao SMP	108	46,2%	80	34,2%	31	13,2%	14	6,0%	1	,4%
12. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato do SMP			11	4,7%	45	19,2%	140	59,8%	38	16,2%
13. O ato médico do SMP é de confiança			2	,9%	23	9,8%	158	67,5%	51	21,8%
14. O serviço do SMP é competente e recomendo			1	,4%	25	10,7%	153	65,4%	55	23,5%
15. Confio na tecnologia da CSSM que o meu médico do SMP utiliza			2	,9%	26	11,1%	156	66,7%	50	21,4%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente.

Gráfico 6: Avalie as seguintes afirmações relativamente à especialidade médica que procurou na última ida ao SMP 24h

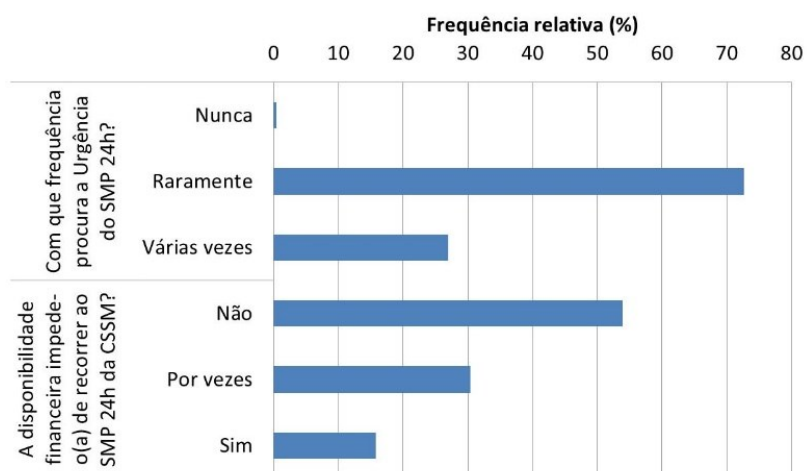


Na subamostra dos que já utilizaram o SMP 24h, como pode ser observado na Tabela 6 e no Gráfico 7, no que concerne à frequência com que procura a Urgência do SMP 24h, 26,9% respondem “várias vezes”, 72,6% indicam “raramente” e 0,4% (um elemento) responde “nunca”. Relativamente à possibilidade de a disponibilidade financeira impedir o recurso ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM, 53,8% respondem negativamente, 30,3% indicam que por vezes e 15,8% respondem afirmativamente.

Tabela 6: Utilização do Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências

		N	%
Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?	Nunca	1	,4
	Raramente	170	72,6
	Várias vezes	63	26,9
A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao SMP 24h da CSSM?	Não	126	53,8
	Por vezes	71	30,3
	Sim	37	15,8
Total	Total	234	100,0

Gráfico 7: Utilização do Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências



2.3. Parte 3 - Especialidades Médicas - Consultas Externas

Na amostra, de acordo com os dados da Tabela 7, podemos verificar que a especialidade mais procurada nas consultas externas é a Ortopedia (9,5%), seguida da Dermatologia (6,9%), Oftalmologia (6,1%), Medicina Dentária (5,7%) e Pediatria (5,7%). Seguem-se a Otorrinolaringologia (5,3%), a Medicina Interna (5,2%), a Gastroenterologia (4,5%), a Imagiologia (4,5%) e a Reumatologia (4,3%). Finalmente, surgem a Psicologia (3,7%), a Ginecologia/Obstetrícia (3,3%), a Urologia (3,2%) e a Fisiatria (3,0%), verificando-se, ainda, a procura de todas as restantes especialidades listadas, sendo que é importante referir que 10,1% respondem não ter procurado nenhuma especialidade.

Tabela 7: Na última consulta externa na CSSM, qual a Especialidade que procurou?

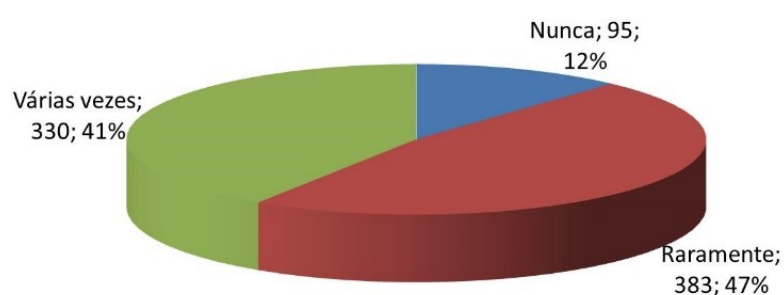
	N	%		N	%
Cirurgia Geral	10	1,2	Oftalmologia	49	6,1
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1	,1	Oncologia	3	,4
Cirurgia Vasculard	2	,2	Ortopedia	77	9,5
Consulta Da Dor	8	1,0	Osteopatia	4	,5
Dermatologia	56	6,9	Otorrinolaringologia	43	5,3
Endocrinologia	15	1,9	Pediatria	46	5,7
Fisiatria	24	3,0	Pneumologia	9	1,1
Gastroenterologia	36	4,5	Podologia	11	1,4
Ginecologia/Obstetrícia	27	3,3	Psicologia	30	3,7
Hematologia	6	,7	Psicomotricidade	11	1,4
Imagiologia	36	4,5	Psiquiatria	15	1,9
Imunoalergologia	7	,9	Reumatologia	35	4,3
Medicina Dentária	46	5,7	Terapia Da Fala	12	1,5
Medicina Interna	42	5,2	Terapia Ocupacional	5	,6
Nefrologia	3	,4	Urologia	26	3,2
Neurologia	14	1,7	Nenhuma	82	10,1
Nutrição	17	2,1	Total	808	100,0

Na amostra, de acordo com a Tabela 8 e o Gráfico 8, 11,8% respondem que “Nunca” procuram uma Especialidade Médica nas Consultas Externas, 47,4% que o fazem “Raramente” e 40,8% que a procuram “Várias vezes”.

Tabela 8: Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?

	N	%
Nunca	95	11,8
Raramente	383	47,4
Várias vezes	330	40,8
Total	808	100,0

Gráfico 8: Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?



Na amostra, de acordo com a Tabela 9 e o Gráfico 9, no concernente às principais vantagens na procura de uma Especialidade Médica nas Consultas Externas, 48,6% dos inquiridos assinalam “Profissionalismo/Dedicação”, que figura como a vantagem mais reconhecida. Seguem-se os seguintes resultados: 37,7% indicam o “Acesso às convenções de forma mais eficiente” 35,8% a “Notoriedade do médico” e 32,8% a “Clareza do ato médico”, percentagens que configuram valores intermédios. Como vantagens menos assinaladas, 16,8% referem a “Confidencialidade”, 13,9% a “Facilidade de uso da tecnologia em tempo real”. De referir ainda que 10,5% que indicam que não se aplica.

Tabela 9: Indique as principais vantagens na procura de uma Especialidade Médica nas Consultas Externa

	Não		Sim	
	N	%	N	%
Confidencialidade	672	83,2%	136	16,8%
Clareza do ato médico	543	67,2%	265	32,8%
Notoriedade do médico	519	64,2%	289	35,8%
Acesso às convenções de forma mais eficiente	503	62,3%	305	37,7%
Facilidade de uso da tecnologia em tempo real	696	86,1%	112	13,9%
Profissionalismo/Dedicação	415	51,4%	393	48,6%
Não se aplica	723	89,5%	85	10,5%

Gráfico 9: Indique as principais vantagens na procura de uma Especialidade Médica nas Consultas Externa



Na amostra, de acordo com a Tabela 10 e o Gráfico 10 (em que, para as percentagens calculadas para as respostas da escala, não são consideradas as respostas “não se aplica”), agrupando as respostas de concordância, verifica-se que a concordância é superior para: “3. As Especialidades Médicas da CSSM são de qualidade” (95,7%); “4. As Especialidades Médicas que a CSSM disponibiliza têm uma boa comunicação para os clientes” (95,3%); “5. Tenho uma boa opinião do atendimento do especialista” (95,3%); “11. A minha tomada de decisão para ir à CSSM foi acertada” (94,8%); “12. Estou muito satisfeito com o serviço/atendimento da CSSM” (94,2%); “14. A CSSM cumpriu com as minhas expectativas no serviço de especialidades médicas” (94,1%); “20. O ato médico

de Serviços de Especialidades da CSSM é de confiança” (94,0%); “13. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de especialidade médica” (93,9%); “23. Considero que os processos clínicos efetuados na CSSM são seguros” (93,2%); “22. Confio na tecnologia da CSSM que o meu Médico utiliza” (91,4%); “21. O meu Médico é competente nos Serviços de Especialidades Médicas e por isso o recomendo” (89,6%); “1. As Especialidades Médicas da CSSM são rápidas no seu agendamento” (88,9%); “15. Se tivesse de voltar à CSSM iria escolher novamente o mesmo médico” (86,7%); “19. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato médico de Serviços de Especialidades” (86,4%); “16. Considero-me fiel ao Médico Especialista e à CSSM” (81,5%); “2. As Especialidades Médicas da CSSM têm preços de mercado” (81,1%); “6. A CSSM tem uma boa imagem comparada com outras unidades locais” (78,2%); e “8. Se estiver novamente doente, a CSSM será a sua primeira escolha” (77,9%), notando-se elevados níveis de concordância com todas estas afirmações.

A concordância diminui nos parâmetros: “9. Utilizei vários amigos para obter informações antes de me deslocar a CSSM” (46,1%); “10. Passei bastante tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar à CSSM” (31,8%); “7. Tem interesse em conhecer outras unidades locais de saúde” (21,8%); e é residual em “17. Tenciono mudar de Médico do Serviço de Especialidades” (5,5%) e “18. Não pretendo voltar ao Serviço Médico Especializado da CSSM” (5,3%).

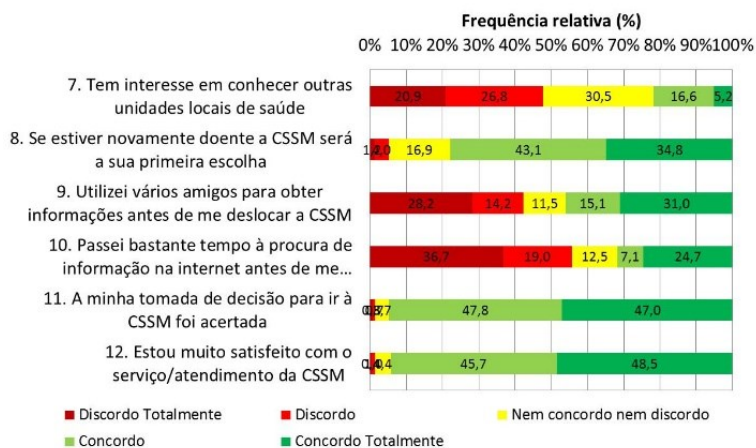
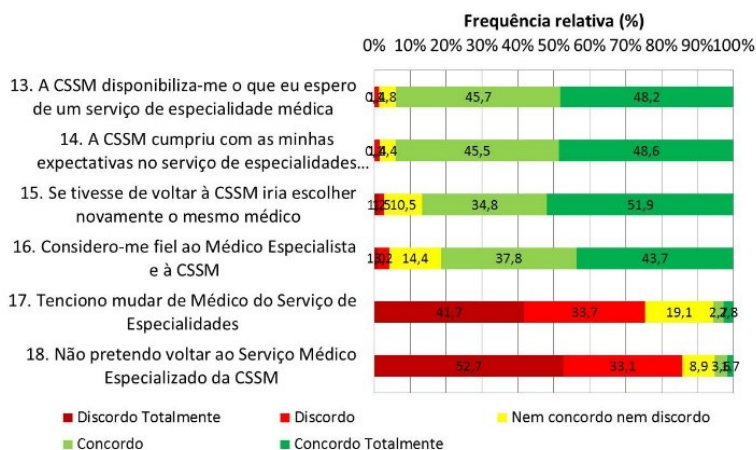
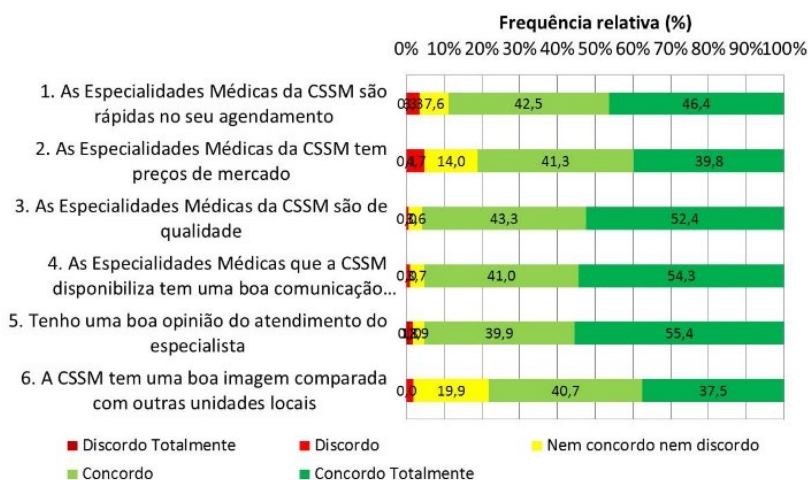
Tabela 10: Considerando a Especialidade Médica da última consulta externa que fez na CSSM, avalie as seguintes afirmações

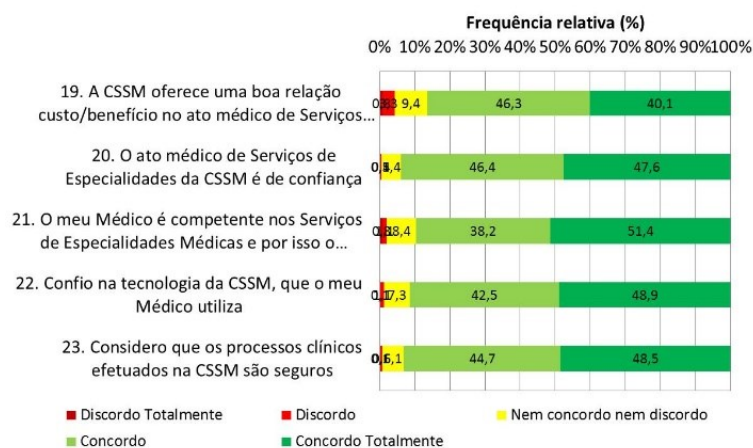
	Não se aplica		1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. As Especialidades Médicas da CSSM são rápidas no seu agendamento	81	10,0%	2	,3%	24	3,3%	55	7,6%	309	42,5%	337	46,4%
2. As Especialidades Médicas da CSSM tem preços de mercado	82	10,1%	1	,1%	34	4,7%	102	14,0%	300	41,3%	289	39,8%
3. As Especialidades Médicas da CSSM são de qualidade	79	9,8%			5	,7%	26	3,6%	316	43,3%	382	52,4%
4. As Especialidades Médicas que a CSSM disponibiliza tem uma boa comunicação para os clientes	79	9,8%			7	1,0%	27	3,7%	299	41,0%	396	54,3%
5. Tenho uma boa opinião do atendimento do especialista	79	9,8%	6	,8%	7	1,0%	21	2,9%	291	39,9%	404	55,4%
6. A CSSM tem uma boa imagem comparada com outras unidades locais	80	9,9%			14	1,9%	145	19,9%	296	40,7%	273	37,5%
7. Tem interesse em conhecer outras unidades locais de saúde	96	11,9%	149	20,9%	191	26,8%	217	30,5%	118	16,6%	37	5,2%
8. Se estiver novamente doente a CSSM será a sua primeira escolha	81	10,0%	9	1,2%	29	4,0%	123	16,9%	313	43,1%	253	34,8%
9. Utilizei vários amigos para obter informações antes de me deslocar a CSSM	124	15,3%	193	28,2%	97	14,2%	79	11,5%	103	15,1%	212	31,0%
10. Passei bastante tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar à CSSM	135	16,7%	247	36,7%	128	19,0%	84	12,5%	48	7,1%	166	24,7%
11. A minha tomada de decisão para ir à CSSM foi acertada	82	10,1%	6	,8%	5	,7%	27	3,7%	347	47,8%	341	47,0%
12. Estou muito satisfeito com o serviço/atendimento da CSSM	82	10,1%	3	,4%	7	1,0%	32	4,4%	332	45,7%	352	48,5%
13. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de especialidade médica	84	10,4%	1	,1%	8	1,1%	35	4,8%	331	45,7%	349	48,2%
14. A CSSM cumpriu com as minhas expectativas no serviço de especialidades médicas	82	10,1%	1	,1%	10	1,4%	32	4,4%	330	45,5%	353	48,6%
15. Se tivesse de voltar à CSSM iria escolher novamente o mesmo médico	87	10,8%	9	1,2%	11	1,5%	76	10,5%	251	34,8%	374	51,9%
16. Considero-me fiel ao Médico Especialista e à CSSM	85	10,5%	7	1,0%	23	3,2%	104	14,4%	273	37,8%	316	43,7%
17. Tenciono mudar de Médico do Serviço de Especialidades	96	11,9%	297	41,7%	240	33,7%	136	19,1%	19	2,7%	20	2,8%
18. Não pretendo voltar ao Serviço Médico Especializado da CSSM	87	10,8%	380	52,7%	239	33,1%	64	8,9%	26	3,6%	12	1,7%
19. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato médico de Serviços de Especialidades	88	10,9%	6	,8%	24	3,3%	68	9,4%	333	46,3%	289	40,1%
20. O ato médico de Serviços de Especialidades da CSSM é de confiança	86	10,6%	1	,1%	3	,4%	39	5,4%	335	46,4%	344	47,6%
21. O meu Médico é competente nos Serviços de Especialidades Médicas e por isso o recomendo	86	10,6%	6	,8%	8	1,1%	61	8,4%	276	38,2%	371	51,4%
22. Confio na tecnologia da CSSM, que o meu Médico utiliza	84	10,4%	1	,1%	8	1,1%	53	7,3%	308	42,5%	354	48,9%
23. Considero que os processos clínicos efetuados na CSSM são seguros	86	10,6%	1	,1%	4	,6%	44	6,1%	323	44,7%	350	48,5%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente.

Gráfico 10: Considerando a Especialidade Médica da última consulta externa que fez na CSSM, avalie as seguintes afirmações.



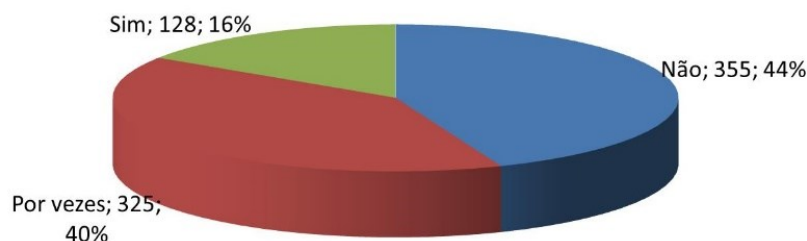


Na amostra, como pode ser observado na Tabela 11 e no Gráfico 11, mediante a questão de se a disponibilidade financeira impede o recurso aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM, 43,9% respondem negativamente, 40,2% indicam que “por vezes” e 15,8% respondem afirmativamente.

Tabela 11: A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?

	N	%
Não	355	43,9
Por vezes	325	40,2
Sim	128	15,8
Total	808	100,0

Gráfico 11: A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?



3. ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA DAS ESCALAS

Os resultados apresentados neste ponto permitem concretizar o objetivo de determinar uma estrutura multifatorial das dimensões do comportamento ético.

3.1. Parte 2 - Serviço Médico Permanente (SMP) 24h Urgências

Analisando os resultados da Tabela 12, a Medida de Adequação da Amostra *KMO* = 0,933 indica que a qualidade dos dados é “muito boa” para a aplicação da análise fatorial. O teste de Bartlett permite concluir que as variáveis estão correlacionadas entre si. As comunalidades extraídas são superiores ao mínimo exigido de 40%, sendo até superiores a 78%. A percentagem de variância obtida é de 88,1%, superior ao mínimo desejável de 60%. Apesar de dois fatores serem suficientes para atingir o limite de 60%, optou-se por constituir mais fatores, a fim de existir uma maior discriminação das dimensões associadas a este construto.

Tabela 12: Análise fatorial exploratória: Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências (pag 85)

	h ²	Fator					
		1	2	3	4	5	6
1. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza é de qualidade	,888	,794	,348	,191	,122	,142	,252
2. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza tem uma boa comunicação para os clientes	,852	,846	,180	,255	,057	,141	,121
3. Tenho uma boa opinião do SMP	,907	,797	,364	,313	,077	,068	,175
4. Se estiver novamente doente a CSSM será a sua primeira escolha no SMP	,812	,292	,797	,186	,141	,082	,174
5. Utilizei vários amigos para obter informações do SMP antes de me deslocar à CSSM	,869	,096	,191	,099	,900	,050	,031
6. Passei algum tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar ao SMP	,886	,048	-,001	,033	,932	,080	,085
7. A minha tomada de decisão para ir ao SMP foi acertada	,844	,616	,619	,182	,058	,107	,184
8. Estou muito satisfeito com o SMP da CSSM	,892	,655	,577	,296	,059	,174	,095
9. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de urgência	,781	,470	,533	,428	,169	,186	,169
10. Considero-me fiel ao serviço do SMP	,801	,320	,748	,232	,093	,241	,140
11. Não pretendo voltar ao SMP	,992	-,190	-,216	-,140	-,125	-,928	-,114
12. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato do SMP	,992	,337	,288	,184	,136	,144	,850
13. O ato médico do SMP é de confiança	,888	,507	,389	,638	,090	,161	,196
14. O serviço do SMP é competente e recomendo	,891	,640	,409	,513	,096	,138	,149
15. Confio na tecnologia da CSSM que o meu médico do SMP utiliza	,918	,475	,267	,759	,116	,126	,125
Valor próprio (λ)		4,253	3,036	1,903	1,832	1,137	1,051
% variância explicada		28,4	20,2	12,7	12,2	7,6	7,0
Variância total explicada		88,1					

Método de Rotação: Varimax com a normalização de Kaiser. Rotação convergiu em 5 iterações.
 N = 234 válidos. KMO = 0,933. As saturações superiores em cada fator estão a negrito.
 Teste de Bartlett: $\chi^2_{105}=3433,5$, $p<0001$

Verificam-se as seguintes associações entre os fatores relativos à “Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências” e as variáveis:

Fator 1. Satisfação e Competência, associado às questões:

1. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza é de qualidade
2. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza tem uma boa comunicação para os clientes
3. Tenho uma boa opinião do SMP
8. Estou muito satisfeito com o SMP da CSSM
14. O serviço do SMP é competente e recomendo

Fator 2. Fidelização, associado às questões:

4. Se estiver novamente doente, a CSSM será a minha primeira escolha no SMP
7. A minha tomada de decisão para ir ao SMP foi acertada
9. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de urgência
10. Considero-me fiel ao serviço do SMP

Fator 3. Confiança, associado às questões:

- 13. O ato médico do SMP é de confiança
- 15. Confio na tecnologia da CSSM que o meu médico do SMP utiliza

Fator 4. Influência Externa na Escolha, associado às questões:

- 5. Utilizei vários amigos para obter informações do SMP antes de me deslocar à CSSM
- 6. Passei algum tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar ao SMP

Fator 5. Insatisfação, associado à questão:

- 11. Não pretendo voltar ao SMP

Fator 6. Relação Custo/ Benefício, associado à questão:

- 12. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato do SMP

3.2. Parte 3 - Especialidades Médicas - Consultas Externas

De acordo com a Tabela 13, a Medida de Adequação da Amostra $KMO = 0,954$ indica que a qualidade dos dados é “muito boa” para a aplicação da análise fatorial. O teste de Bartlett permite concluir que as variáveis estão correlacionadas entre si. As comunalidades extraídas são superiores a 67%. A percentagem de variância obtida é de 82,9%, tendo-se optado, também neste caso, por constituir mais fatores para ter uma maior discriminação das dimensões associadas a este construto. De notar que os itens 3, 4 e 5 apresentam saturações elevadas em dois fatores, optando-se, assim, por associar estes itens ao fator 5 e não ao fator 1, em virtude da sua afinidade com o outro item associado ao fator 5 e da associação de um grande número de itens ao fator 1.

Tabela 13: Análise fatorial exploratória: Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas

	h ²	Fator						
		1	2	3	4	5	6	7
1. As Especialidades Médicas da CSSM são rápidas no seu agendamento	,728	,367	,181	,421	,080	,557	,245	,081
2. As Especialidades Médicas da CSSM têm preços de mercado	,839	,286	,198	,762	,101	,328	,087	,109
3. As Especialidades Médicas da CSSM são de qualidade	,878	,651	,147	,219	,157	,560	,205	,065
4. As Especialidades Médicas que a CSSM disponibiliza têm uma boa comunicação para os clientes	,869	,679	,146	,136	,179	,554	,157	,070
5. Tenho uma boa opinião do atendimento do especialista	,800	,719	,055	,101	,158	,486	,073	,059
6. A CSSM tem uma boa imagem comparada com outras unidades locais	,845	,273	,109	,068	,074	,191	,836	,117
7. Tenho interesse em conhecer outras unidades locais de saúde	,996	-,145	-,078	-,136	-,146	-,071	-,150	-,949
8. Se estiver novamente doente a CSSM será a minha primeira escolha	,670	,467	,197	,284	,174	-,017	,529	,148
9. Utilizei vários amigos para obter informações antes de me deslocar à CSSM	,846	,255	,857	,117	,014	,149	,046	,089
10. Passei bastante tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar à CSSM	,844	,189	,869	,132	,120	,021	,141	,008
11. A minha tomada de decisão para ir à CSSM foi acertada	,757	,758	,101	,191	,128	,167	,300	,041
12. Estou muito satisfeito com o serviço/atendimento da CSSM	,870	,821	,087	,179	,138	,238	,275	,075
13. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de especialidade médica	,873	,836	,121	,244	,140	,168	,213	,080
14. A CSSM cumpriu com as minhas expectativas no serviço de especialidades médicas	,872	,838	,110	,226	,146	,206	,187	,090
15. Se tivesse de voltar à CSSM iria escolher novamente o mesmo médico	,791	,819	,166	,107	,247	,114	,017	,083
16. Considero-me fiel ao Médico Especialista e à CSSM	,744	,723	,230	,197	,288	-,045	,198	,077
17. Tenciono mudar de Médico do Serviço de Especialidades	,857	-,245	-,090	-,096	-,864	,055	-,151	-,080
18. Não pretendo voltar ao Serviço Médico Especializado da CSSM	,784	-,304	-,050	-,092	-,750	-,326	,003	-,110
19. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato médico de Serviços de Especialidades	,837	,487	,133	,733	,133	-,007	,124	,107
20. O ato médico de Serviços de Especialidades da CSSM é de confiança	,851	,834	,159	,230	,119	,161	,182	,062
21. O meu Médico é competente nos Serviços de Especialidades Médicas e por isso o recomendo	,852	,867	,171	,133	,199	,096	,022	,060
22. Confio na tecnologia da CSSM que o meu Médico utiliza	,817	,828	,202	,194	,106	,133	,134	,073
23. Considero que os processos clínicos efetuados na CSSM são seguros	,844	,837	,199	,203	,105	,152	,155	,069
Valor próprio (λ)		9,100	1,953	1,904	1,793	1,694	1,562	1,058
% variância explicada		39,6	8,5	8,3	7,8	7,4	6,8	4,6
Variância total explicada		82,9						

Método de Rotação: Varimax com a normalização de Kaiser. Rotação convergiu em 7 iterações.

N = 808 válidos (substituição de omissos pela média). KMO = 0,954. Saturações superiores por fator a negrito.

Teste de Bartlett: $\chi^2_{253}=16787,9$, $p<0001$

Verificam-se as seguintes associações entre os fatores relativos à “Escala de Atitudes em relação às especialidades médicas” e as variáveis:

Fator 1. Satisfação e Confiança, associado às questões:

11. A minha tomada de decisão para ir à CSSM foi acertada
12. Estou muito satisfeito com o serviço/atendimento da CSSM
13. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de especialidade médica
14. A CSSM cumpriu com as minhas expectativas no serviço de especialidades médicas
15. Se tivesse de voltar à CSSM iria escolher novamente o mesmo médico
16. Considero-me fiel ao Médico Especialista e à CSSM
20. O ato médico de Serviços de Especialidades da CSSM é de confiança
21. O meu Médico é competente nos Serviços de Especialidades Médicas e por isso o recomendo
22. Confio na tecnologia da CSSM, que o meu Médico utiliza
23. Considero que os processos clínicos efetuados na CSSM são seguros

Fator 2. Influência Externa na Escolha, associado às questões:

9. Utilizei vários amigos para obter informações antes de me deslocar a CSSM
10. Passei bastante tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar à CSSM

Fator 3. Relação Custo/ Benefício, associado às questões:

2. As Especialidades Médicas da CSSM têm preços de mercado
19. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato médico de Serviços de Especialidades

Fator 4. Insatisfação, associado às questões:

17. Tenciono mudar de Médico do Serviço de Especialidades
18. Não pretendo voltar ao Serviço Médico Especializado da CSSM

Fator 5. Rapidez e Comunicação, associado às questões:

1. As Especialidades Médicas da CSSM são rápidas no seu agendamento
3. As Especialidades Médicas da CSSM são de qualidade
4. As Especialidades Médicas que a CSSM disponibiliza têm uma boa comunicação para os clientes
5. Tenho uma boa opinião do atendimento do especialista

Fator 6. Fidelização, associado às questões:

- 6. A CSSM tem uma boa imagem comparada com outras unidades locais
- 8. Se estiver novamente doente, a CSSM será a minha primeira escolha

Fator 7. Concorrência, associado à questão:

- 7. Tem interesse em conhecer outras unidades locais de saúde

4. ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

4.1. Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências

Na Tabela 14 observa-se que o valor do Alfa de Cronbach é superior a 0,80 para todos os fatores, pelo que os itens que os integram medem de forma adequada cada um deles. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores muito superiores ao mínimo exigido de 0,3. Portanto, podemos considerar que os fatores apresentam elevada consistência interna, ficando validada, globalmente, a análise de cada um dos fatores.

Tabela 14: Consistência interna da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências

	N Itens	Alfa de Cronbach	Correlação item-total
F1. Satisfação e Competência	5	0,955	0,833-0,916
F2. Fidelização	4	0,898	0,764-0,805
F3. Confiança	2	0,906	0,828
F4. Influência Externa na Escolha	2	0,845	0,733
F5. Insatisfação	1	n.d.	
F6. Relação Custo/ Benefício	1	n.d.	

n.d. não disponível para um fator com apenas um item

4.2. Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas

Segundo os dados constantes da Tabela 15 constata-se que o valor do Alfa de Cronbach é superior a 0,80 para os fatores 1, 2 e 5, que são medidos de forma adequada pelos itens que os integram, e é superior ao valor de 0,60 para os restantes fatores, que são medidos de forma aceitável. As correlações itens-total são sempre positivas e com valores também bastante superiores ao mínimo exigido de 0,3. Portanto, também para esta escala, podemos considerar que os fatores apresentam consistência interna, o que justifica a sua posterior utilização.

Tabela 15: Consistência interna da Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas

	N Itens	Alfa de Cronbach	Correlação item-total
F1. Satisfação e Confiança	10	0,973	0,799-0,907
F2. Influência Externa na Escolha	2	0,814	0,686
F3. Relação Custo/ Benefício	2	0,786	0,648
F4. Insatisfação	2	0,731	0,579
F5. Rapidez e Comunicação	4	0,907	0,658-0,884
F6. Fidelização	2	0,637	0,470
F7. Concorrência	1	n.d.	

n.d. não disponível para um fator com apenas um item

5. DIMENSÕES DAS ESCALAS

As dimensões apresentadas nas tabelas seguintes permitem atingir o objetivo de determinar uma estrutura multifatorial das dimensões do comportamento ético, quanto às Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências e em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas.

Tabela 16: Dimensões da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências

DIMENSÃO	ITENS
1. Satisfação e Competência	1. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza é de qualidade 2. O SMP 24h que a CSSM disponibiliza tem uma boa comunicação para os clientes 3. Tenho uma boa opinião do SMP 8. Estou muito satisfeito com o SMP da CSSM 14. O serviço do SMP é competente e recomendo
2. Fidelização	4. Se estiver novamente doente a CSSM será a sua primeira escolha no SMP 7. A minha tomada de decisão para ir ao SMP foi acertada 9. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de urgência 10. Considero-me fiel ao serviço do SMP
3. Confiança	13. O ato médico do SMP é de confiança 15. Confio na tecnologia da CSSM que o meu médico do SMP utiliza
4. Influência Externa na Escolha	5. Utilizei vários amigos para obter informações do SMP antes de me deslocar à CSSM 6. Passei algum tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar ao SMP
5. Insatisfação	11. Não pretendo voltar ao SMP
6. Relação Custo/Benefício	12. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato do SMP

Tabela 17: Dimensões da Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas**Externas**

DIMENSÃO	ITENS
1. Satisfação e Confiança	11. A minha tomada de decisão para ir à CSSM foi acertada 12. Estou muito satisfeito com o serviço/atendimento da CSSM 13. A CSSM disponibiliza-me o que eu espero de um serviço de especialidade médica 14. A CSSM cumpriu com as minhas expectativas no serviço de especialidades médicas 15. Se tivesse de voltar à CSSM iria escolher novamente o mesmo médico 16. Considero-me fiel ao Médico Especialista e à CSSM 20. O ato médico de Serviços de Especialidades da CSSM é de confiança 21. O meu Médico é competente nos Serviços de Especialidades Médicas e por isso o recomendo 22. Confio na tecnologia da CSSM, que o meu Médico utiliza 23. Considero que os processos clínicos efetuados na CSSM são seguros
2. Influência Externa na Escolha	9. Utilizei vários amigos para obter informações antes de me deslocar a CSSM 10. Passei bastante tempo à procura de informação na internet antes de me deslocar à CSSM
3. Relação Custo/Benefício	2. As Especialidades Médicas da CSSM tem preços de mercado 19. A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato médico de Serviços de Especialidades
4. Insatisfação	17. Tenciono mudar de Médico do Serviço de Especialidades 18. Não pretendo voltar ao Serviço Médico Especializado da CSSM
5. Rapidez e Comunicação	1. As Especialidades Médicas da CSSM são rápidas no seu agendamento 3. As Especialidades Médicas da CSSM são de qualidade 4. As Especialidades Médicas que a CSSM disponibiliza tem uma boa comunicação para os clientes 5. Tenho uma boa opinião do atendimento do especialista
6. Fidelização	6. A CSSM tem uma boa imagem comparada com outras unidades locais 8. Se estiver novamente doente a CSSM será a sua primeira escolha
7. Concorrência	7. Tem interesse em conhecer outras unidades locais de saúde

6. ANÁLISE DESCRITIVA DAS ESCALAS²⁶⁸

Para cada uma das dimensões das escalas, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da média das respostas aos itens que as constituem.

6.1. Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências

A análise apresentada na Tabela 18 e no Gráfico 12 permite atingir o objetivo de identificar a perceção ética da pessoa relativamente ao Serviço Médico Permanente.

Podemos verificar que os fatores mais valorizados são “F1. Satisfação e Competência” (M=4,13) e “F3. Confiança” (M=4,09), seguidos de “F2. Fidelização” (M=3,99) e, depois, de “F6. Relação Custo/ Benefício” (M=3,88), todos com um valor muito superior ao ponto intermédio da escala. Surgindo com valores mais baixos, figura o fator “F4. Influência Externa na Escolha” (M=2,33) e, com valor ainda mais reduzido, o “F5. Insatisfação” (M=1,80), ambos com valor muito inferior ao ponto intermédio da escala.

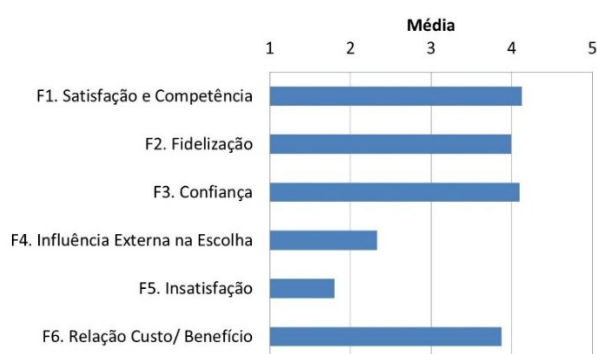
Tabela 18: Estatísticas para os Fatores da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
F1. Satisfação e Competência	234	4,13	0,53	13%	2,8	5
F2. Fidelização	234	3,99	0,64	16%	1,75	5
F3. Confiança	234	4,09	0,56	14%	2	5
F4. Influência Externa na Escolha	234	2,33	1,38	59%	1	5
F5. Insatisfação	234	1,80	0,91	51%	1	5
F6. Relação Custo/ Benefício	234	3,88	0,73	19%	2	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida de 1 a 5

²⁶⁸ Indicador ético objetivo d) determinar uma estrutura de multifatorial das dimensões do comportamento ético.

Gráfico 12: Médias para os Fatores da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências



6.2. Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas

A análise apresentada na Tabela 19 e no Gráfico 13 permite concretizar o objetivo de identificar a percepção ética da pessoa relativamente aos atos médicos/especialidades.

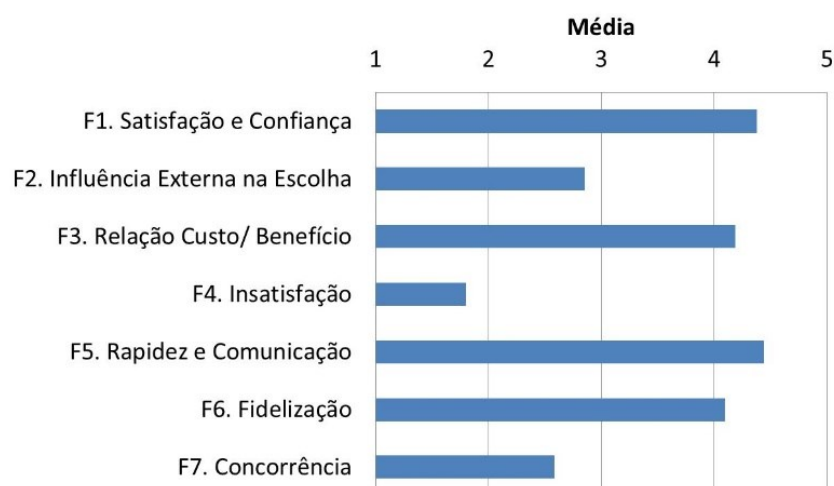
Os fatores mais valorizados são “F5. Rapidez e Comunicação” (M=4,44) e “F1. Satisfação e Confiança” (M=4,38), seguidos de “F3. Relação Custo/ Benefício” (M=4,19) e “F6. Fidelização” (M=4,10), todos com valor muito superior ao ponto intermédio da escala. Surgindo com valores mais baixos, figura o fator “F2. Influência Externa na Escolha” (M=2,86), ao qual se segue “F7. Concorrência” (M=2,58) e, finalmente, “F4. Insatisfação” (M=1,80), todos com um valor muito inferior ao ponto intermédio da escala.

Tabela 19: Estatísticas para os Fatores da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
F1. Satisfação e Confiança	729	4,38	0,63	14%	1	5
F2. Influência Externa na Escolha	690	2,86	1,49	52%	1	5
F3. Relação Custo/ Benefício	726	4,19	0,75	18%	1,5	5
F4. Insatisfação	722	1,80	0,84	47%	1	5
F5. Rapidez e Comunicação	729	4,44	0,59	13%	2	5
F6. Fidelização	730	4,10	0,72	18%	1,5	5
F7. Concorrência	712	2,58	1,14	44%	1	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida de 1 a 5

Gráfico 13: Médias para os Fatores da Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências



7. INDICADORES ÉTICOS DE ACESSO A TRATAMENTO

7.1. Verificar se há ou não um acesso a tratamento equitativo de pessoas/ doentes particulares ou protocolados²⁶⁹

7.1.1. SMP 24h Urgências

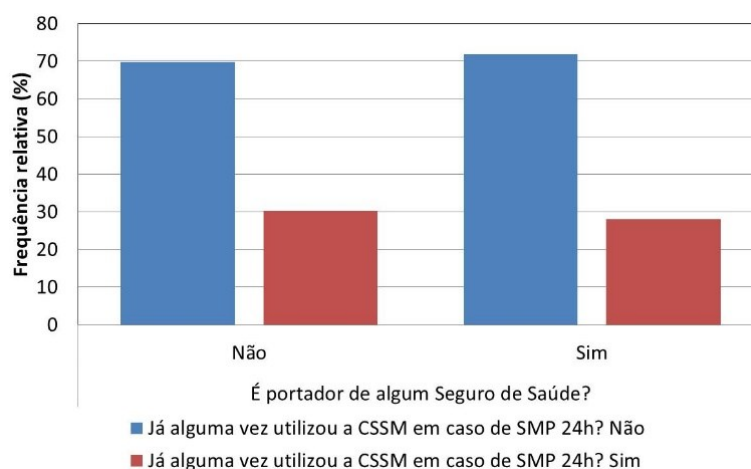
Na Tabela 20 e no Gráfico 14, observa-se, na amostra, que a percentagem que já utilizou o SMP24 da CSSM é superior para os clientes não protocolados, mas as diferenças não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)}=0,435$; $p=0,509$).

Tabela 20: Relação entre “Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”

É portador de algum Seguro de Saúde?		Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de SMP 24h?		Teste Qui-quadrado
		Não	Sim	
Não	N	226	98	$\chi^2_{(1)}=0,435$
	% no grupo	69,8%	30,2%	
Sim	N	348	136	p=0,509
	% no grupo	71,9%	28,1%	

²⁶⁹ Indicador ético, objetivo a) identificar quais os constrangimentos e influências dos fatores económicos no acesso equitativo a clientes particulares (não protocolados) e protocolados.

Gráfico 14: Relação entre “Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”



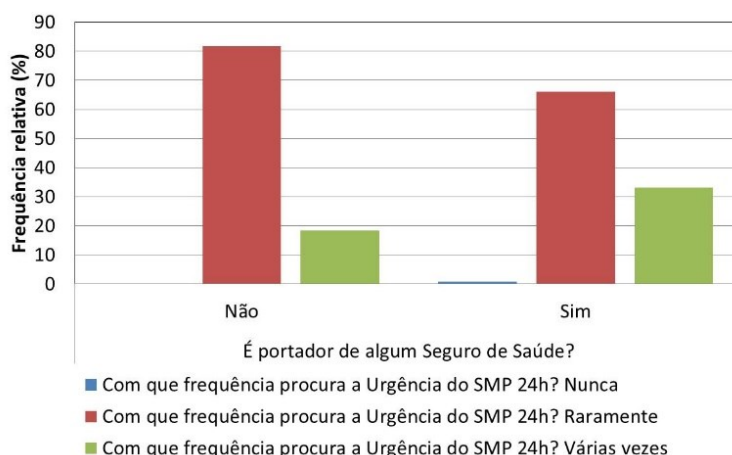
Na Tabela 21 e no Gráfico 15, observa-se que a percentagem que utiliza “várias vezes” o SMP24 da CSSM é superior para os clientes protocolados e que a percentagem que utiliza “raramente” é superior para os clientes não protocolados, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(2)}=7,178$; $p=0,028$).

Tabela 21: Relação entre “Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”

É portador de algum Seguro de Saúde?		Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?			Teste Qui-quadrado
		Nunca	Raramente	Várias vezes	
Não	N	0	80	18	$\chi^2_{(2)}=7,178$
	% no grupo	,0%	81,6%	18,4%	
Sim	N	1	90	45	$p=0,028$ *
	% no grupo	,7%	66,2%	33,1%	

* $p<0,05$

Gráfico 15: Relação entre “Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”



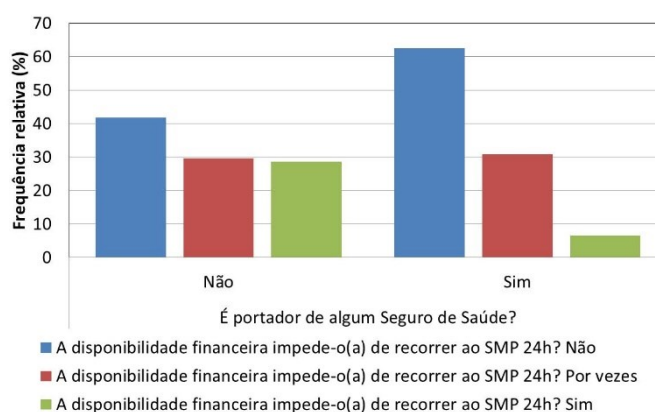
Na Tabela 22 e Gráfico 16, observa-se que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer ao SMP24 é superior para os clientes não protocolados e que a percentagem para quem a disponibilidade financeira não é impeditiva é superior para os clientes protocolados, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(2)}=12,909$; $p<0,001$).

Tabela 22: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”

É portador de algum Seguro de Saúde?		A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao SMP 24h da CSSM?			Teste Qui-quadrado
		Não	Por vezes	Sim	
Não	N	41	29	28	$\chi^2_{(2)}=21,909$
	% no grupo	41,8%	29,6%	28,6%	
Sim	N	85	42	9	p=0,000 **
	% no grupo	62,5%	30,9%	6,6%	

**
p<0,01

Gráfico 16: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”



Portanto, quanto ao objetivo de verificar se há ou não acesso a um tratamento equitativo de pessoas/ doentes particulares ou protocolados ao SMP24, verifica-se que a percentagem que utiliza o SMP24 da CSSM “várias vezes” é superior para os clientes protocolados e que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer ao SMP24 é superior para os clientes não protocolados, concluindo-se que não há acesso a um tratamento equitativo de pessoas/ doentes particulares ou protocolados ao SMP24.

7.1.2. Especialidades Médicas - Consultas Externas

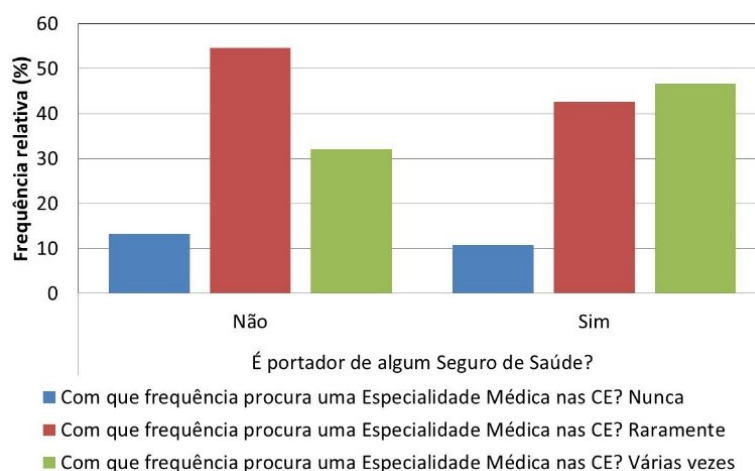
Na Tabela 23 e no Gráfico 17, observa-se que a percentagem que procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas “várias vezes” é superior para os clientes protocolados e que a percentagem que não procura ou procura “raramente” é superior para os clientes não protocolados, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(2)}=17,140$; $p<0,001$).

Tabela 23: Relação entre “Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”

É portador de algum Seguro de Saúde?		Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?			Teste Qui-quadrado
		Nunca	Raramente	Várias vezes	
Não	N	43	177	104	$\chi^2_{(2)}=17,140$
	% no grupo	13,3%	54,6%	32,1%	
Sim	N	52	206	226	p=0,000 **
	% no grupo	10,7%	42,6%	46,7%	

**
p<0,01

Gráfico 17: Relação entre “Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”



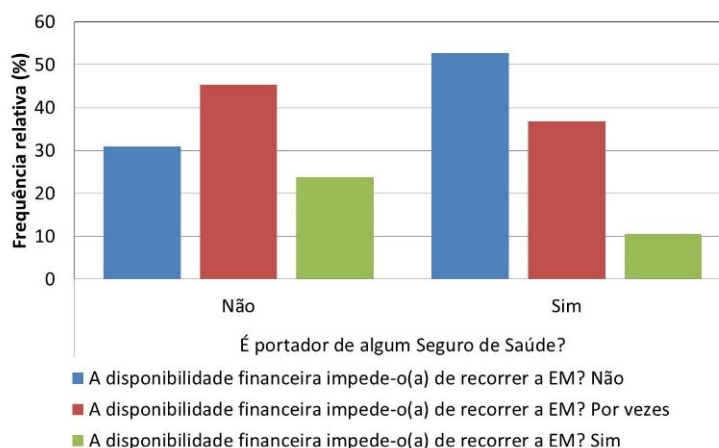
Na Tabela 24 e no Gráfico 18, observa-se que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas é, mesmo no indicador “por vezes”, superior para os clientes não protocolados e que a percentagem para quem a disponibilidade financeira não é impeditiva é superior para os clientes protocolados, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(2)}=46,036$; p<0,001).

Tabela 24: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”

É portador de algum Seguro de Saúde?	A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos SEM da CSSM?			Teste Qui-quadrado
	Não	Por vezes	Sim	
Não	N 100	147	77	$\chi^2_{(2)}=46,036$
	% no grupo 30,9%	45,4%	23,8%	
Sim	N 255	178	51	p=0,000 **
	% no grupo 52,7%	36,8%	10,5%	

**
p<0,01

Gráfico 18: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”



Assim, quanto ao objetivo de verificar se há ou não acesso a um tratamento equitativo de pessoas/ doentes particulares ou protocolados às Especialidades Médicas/ Consultas Externas, verifica-se que a percentagem que procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas “várias vezes” é superior para os clientes protocolados e que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas, mesmo “por vezes”, é superior para os clientes não protocolados, concluindo-se que não há acesso a um tratamento equitativo de pessoas/ doentes particulares ou protocolados aos Serviços das Especialidades Médicas.

7.2. Identificar quais os constrangimentos e influências dos fatores económicos no acesso dos clientes aos cuidados da CSSM-H

Considera-se como determinante dos fatores económicos o Rendimento Mensal Líquido, considerando apenas as respostas com categorias discriminadas, excluindo, portanto, os elementos que respondem “não se aplica”.

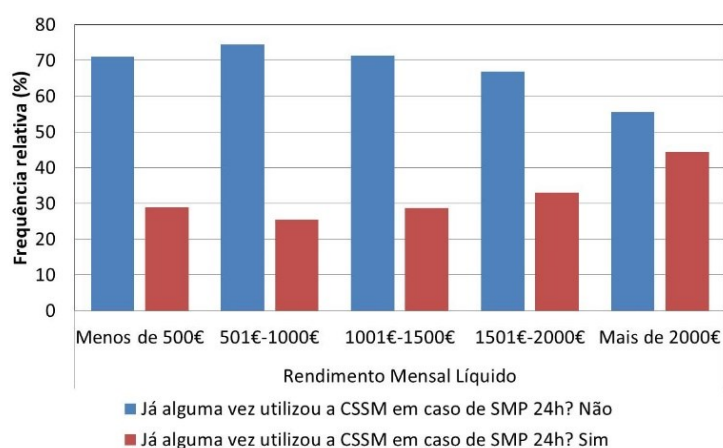
7.2.1. SMP 24h Urgências

Na Tabela 25 e no Gráfico 19, observa-se, na amostra, que a percentagem que já utilizou o SMP24 da CSSM aumenta para as duas classes de rendimento mais elevado, não sendo, contudo, as diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(4)}=6,543$; $p=0,162$).

Tabela 25: Relação entre “Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h?” e “Rendimento Mensal Líquido”

Rendimento Mensal Líquido		Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de SMP 24h?		Teste Qui-quadrado
		Não	Sim	
Menos de 500€	N	54	22	$\chi^2_{(4)}=6,543$
	% no grupo	71,1%	28,9%	
501€-1000€	N	187	64	p=0,162
	% no grupo	74,5%	25,5%	
1001€-1500€	N	144	58	
	% no grupo	71,3%	28,7%	
1501€-2000€	N	75	37	
	% no grupo	67,0%	33,0%	
Mais de 2000€	N	20	16	
	% no grupo	55,6%	44,4%	

Gráfico 19: Relação entre “Já alguma vez utilizou a CSSM em caso de Atendimento Médico Permanente 24h?” e “Rendimento Mensal Líquido”



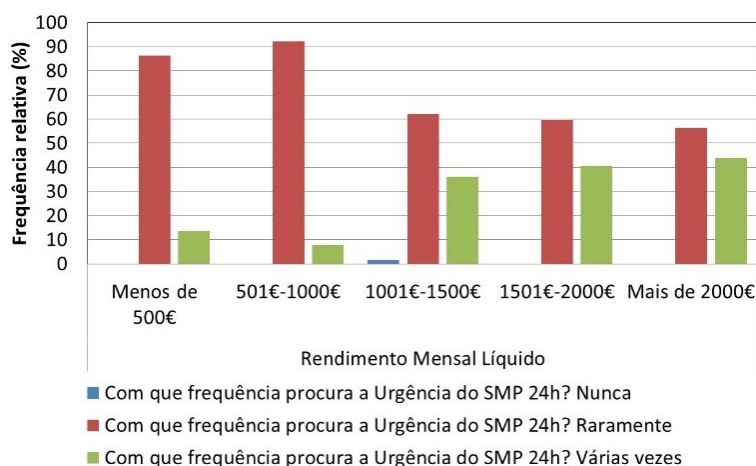
Na Tabela 26 e no Gráfico 20, observa-se que a percentagem que utiliza o SMP24 da CSSM “várias vezes” é mais elevada para as três classes de rendimento superior e que a percentagem que utiliza “raramente” é superior para as duas classes de rendimento inferior, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(8)}=25,374$; $p=0,001$).

Tabela 26: Relação entre “Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?” e “Rendimento Mensal Líquido”

Rendimento Mensal Líquido		Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?			Teste Qui-quadrado
		Nunca	Raramente	Várias vezes	
Menos de 500€	N	0	19	3	$\chi^2_{(8)}=25,374$
	% no grupo	,0%	86,4%	13,6%	
501€-1000€	N	0	59	5	p=0,001 *
	% no grupo	,0%	92,2%	7,8%	
1001€-1500€	N	1	36	21	
	% no grupo	1,7%	62,1%	36,2%	
1501€-2000€	N	0	22	15	
	% no grupo	,0%	59,5%	40,5%	
Mais de 2000€	N	0	9	7	
	% no grupo	,0%	56,3%	43,8%	

**
p<0,01

Gráfico 20: Relação entre “Com que frequência procura a Urgência do SMP 24h?” e “Rendimento Mensal Líquido”



Na Tabela 27 e no Gráfico 21, observa-se que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer ao SMP24 diminui com o aumento do

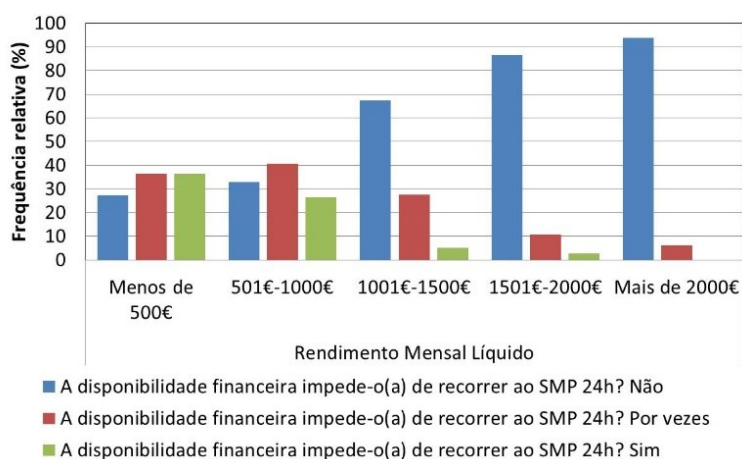
rendimento, sucedendo o inverso com a percentagem para quem a disponibilidade financeira não é impeditiva, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(8)}=53,858$; $p<0,001$).

Tabela 27: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM?” e “Rendimento Mensal Líquido”

Rendimento Mensal Líquido		A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao SMP 24h da CSSM?			Teste Qui-quadrado
		Não	Por vezes	Sim	
Menos de 500€	N	6	8	8	$\chi^2_{(8)}=53,858$
	% no grupo	27,3%	36,4%	36,4%	
501€-1000€	N	21	26	17	p=0,000 **
	% no grupo	32,8%	40,6%	26,6%	
1001€-1500€	N	39	16	3	
	% no grupo	67,2%	27,6%	5,2%	
1501€-2000€	N	32	4	1	
	% no grupo	86,5%	10,8%	2,7%	
Mais de 2000€	N	15	1	0	
	% no grupo	93,8%	6,3%	,0%	

**
p<0,01

Gráfico 21: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24h da CSSM?” e “Rendimento Mensal Líquido.”



Portanto, quanto ao objetivo de identificar quais os constrangimentos e influências dos fatores económicos no acesso dos clientes ao SMP24, verifica-se que a percentagem que utiliza o SMP24 da CSSM “várias vezes” é mais elevada para as três classes de rendimento superior e que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer ao SMP24 diminui com o aumento do rendimento, concluindo-se que os fatores económicos são um constrangimento no acesso dos clientes ao SMP24.

7.2.2. Especialidades Médicas - Consultas Externas

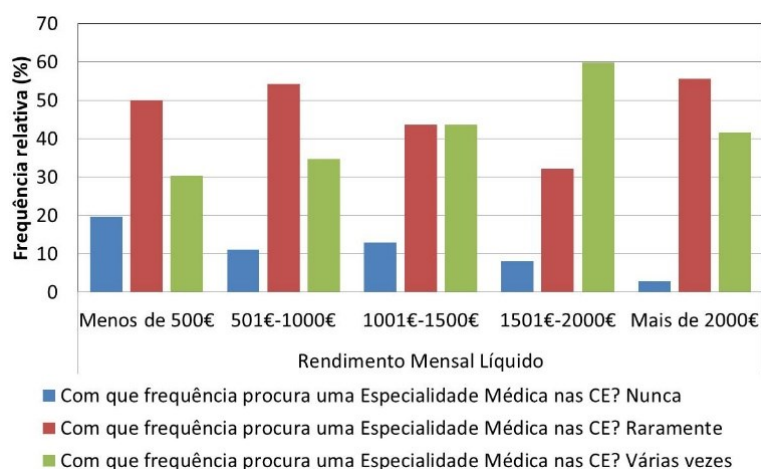
Na Tabela 28 e no Gráfico 22, observa-se que a percentagem que procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas “várias vezes” aumenta com o aumento do rendimento, exceto para a classe de rendimento superior, e que a percentagem que “nunca” procura diminui com o aumento do rendimento, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(8)}=31,940$; $p<0,001$).

Tabela 28: Relação entre “Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?” e “Rendimento Mensal Líquido”

Rendimento Mensal Líquido		Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?			Teste Qui-quadrado
		Nunca	Raramente	Várias vezes	
Menos de 500€	N	15	38	23	$\chi^2_{(8)}=31,940$
	% no grupo	19,7%	50,0%	30,3%	
501€-1000€	N	28	136	87	p=0,000 **
	% no grupo	11,2%	54,2%	34,7%	
1001€-1500€	N	26	88	88	
	% no grupo	12,9%	43,6%	43,6%	
1501€-2000€	N	9	36	67	
	% no grupo	8,0%	32,1%	59,8%	
Mais de 2000€	N	1	20	15	
	% no grupo	2,8%	55,6%	41,7%	

**
p<0,01

Gráfico 22: Relação entre “Com que frequência procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas?” e “Rendimento Mensal Líquido”



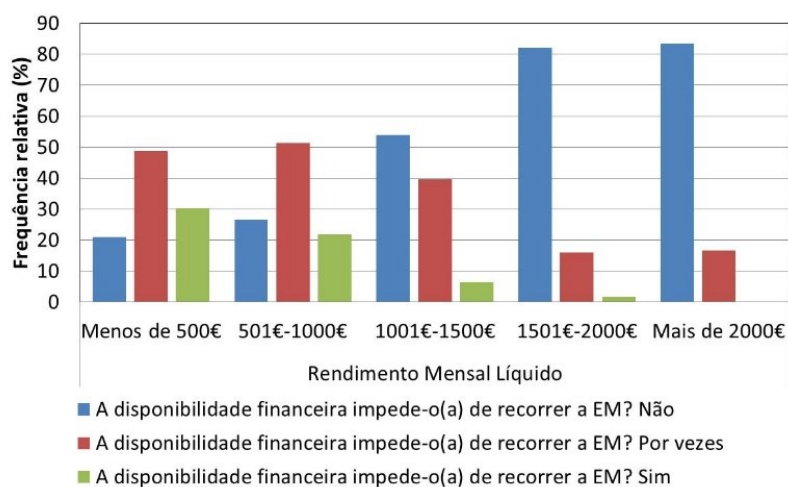
Na Tabela 29 e no Gráfico 23, observa-se que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas, mesmo no indicador “por vezes”, diminui com o aumento do rendimento e que a percentagem para quem a disponibilidade financeira não é impeditiva aumenta com o aumento do rendimento, sendo as diferenças significativas ($\chi^2_{(8)}=157,831$; $p<0,001$).

Tabela 29: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?” e “Rendimento Mensal Líquido”

Rendimento Mensal Líquido		A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos SEM da CSSM?			Teste Qui-quadrado
		Não	Por vezes	Sim	
Menos de 500€	N	16	37	23	$\chi^2_{(8)}=157,831$
	% no grupo	21,1%	48,7%	30,3%	
501€-1000€	N	67	129	55	p=0,000 **
	% no grupo	26,7%	51,4%	21,9%	
1001€-1500€	N	109	80	13	
	% no grupo	54,0%	39,6%	6,4%	
1501€-2000€	N	92	18	2	
	% no grupo	82,1%	16,1%	1,8%	
Mais de 2000€	N	30	6	0	
	% no grupo	83,3%	16,7%	,0%	

**
p<0,01

Gráfico 23: Relação entre “A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da CSSM?” e “Rendimento Mensal Líquido”



Assim, no que se reporta ao objetivo de identificar quais os constrangimentos e influências dos fatores económicos no acesso dos clientes às Especialidades Médicas/Consultas Externas, verifica-se que a percentagem que procura uma Especialidade Médica nas Consultas Externas “várias vezes” aumenta com o aumento do rendimento e que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas, mesmo “por vezes”, diminui com o aumento do rendimento, concluindo-se que os fatores económicos são um constrangimento no acesso dos clientes aos Serviços das Especialidades Médicas.

7.3. Comparar as diferenças de perceção dos clientes particulares e protocolados²⁷⁰

7.3.1. SMP 24h Urgências

De acordo com a Tabela 30 e o Gráfico 24, conclui-se, de acordo com os dados constantes da amostra, que: a dimensão “F1. Satisfação e Competência” é idêntica para clientes particulares e protocolados; as dimensões “F2. Fidelização” e “F3. Confiança”

²⁷⁰ Indicador ético, objetivo b) comparar as diferenças de perceção de fidelização dos clientes particulares e protocolados.

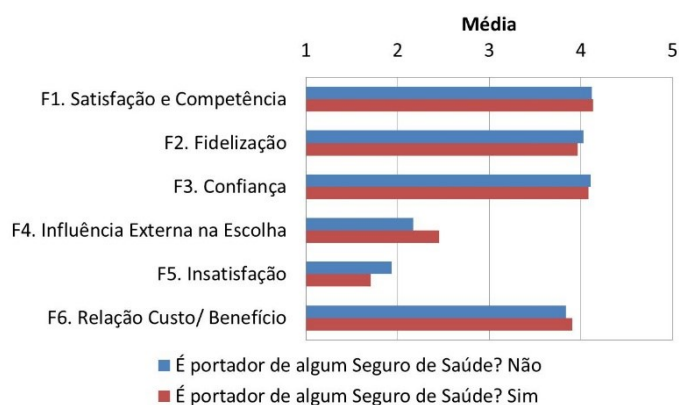
são ligeiramente superiores para clientes particulares; a dimensão “F4. Influência Externa na Escolha” é superior para clientes protocolados; a dimensão “F5. Insatisfação” é superior para clientes particulares; a dimensão “F6. Relação Custo/ Benefício” é ligeiramente superior para clientes protocolados, mas as diferenças não são significativas.

Tabela 30: Relações entre a “Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”

	Protocolado	N	Média	Desvio padrão	t	p
F1. Satisfação e Competência	Não	98	4,12	0,53	-0,128	0,898
	Sim	136	4,13	0,53		
F2. Fidelização	Não	98	4,03	0,55	0,720	0,472
	Sim	136	3,97	0,70		
F3. Confiança	Não	98	4,11	0,52	0,302	0,763
	Sim	136	4,08	0,59		
F4. Influência Externa na Escolha	Não	98	2,17	1,27	-1,556	0,121
	Sim	136	2,45	1,45		
F5. Insatisfação	Não	98	1,94	0,98	1,933	0,054
	Sim	136	1,71	0,85		
F6. Relação Custo/ Benefício	Não	98	3,84	0,74	-0,701	0,484
	Sim	136	3,90	0,72		

** p < 0,01 * p < 0,05

Gráfico 24: Relações entre a “Escala de Atitudes em relação ao SMP 24h Urgências” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”



Portanto, quanto ao objetivo de comparar as diferenças de percepção entre clientes particulares e protocolados, constata-se que não existem diferenças significativas na opinião sobre o serviço SMP 24h Urgências.

7.3.2. Especialidades Médicas - Consultas Externas

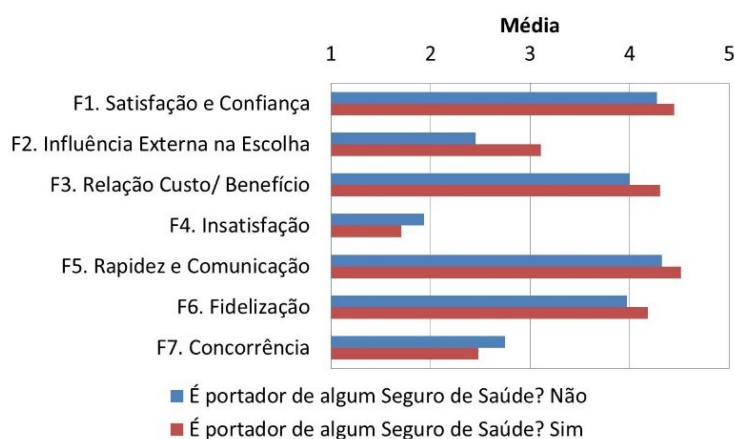
De acordo com a Tabela 31 e o Gráfico 25, é visível que: as dimensões “F1. Satisfação e Confiança”, “F2. Influência Externa na Escolha”, “F3. Relação Custo/ Benefício”, “F5. Rapidez e Comunicação”, “F6. Fidelização” e “F7. Concorrência” são superiores para clientes protocolados; a dimensão “F4. Insatisfação” é superior para clientes particulares, sendo todas as diferenças observadas significativas.

Tabela 31: Relações entre a “Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”

	Protocolado	N	Média	Desvio padrão	t	p
F1. Satisfação e Confiança	Não	286	4,27	0,57	-3,612	** 0,000
	Sim	443	4,44	0,66		
F2. Influência Externa na Escolha	Não	265	2,45	1,32	-5,765	** 0,000
	Sim	425	3,11	1,54		
F3. Relação Custo/ Benefício	Não	284	4,00	0,76	-5,470	** 0,000
	Sim	442	4,31	0,72		
F4. Insatisfação	Não	280	1,94	0,80	3,587	** 0,000
	Sim	442	1,71	0,86		
F5. Rapidez e Comunicação	Não	286	4,32	0,56	-4,247	** 0,000
	Sim	443	4,51	0,61		
F6. Fidelização	Não	286	3,97	0,66	-3,813	** 0,000
	Sim	444	4,18	0,75		
F7. Concorrência	Não	272	2,75	1,11	3,086	** 0,002
	Sim	440	2,48	1,16		

** p < 0,01 * p < 0,05

Gráfico 25: Relações entre a “Escala de Atitudes em relação às Especialidades Médicas - Consultas Externas” e “É portador de algum Seguro de Saúde?”



Portanto, quanto ao objetivo de comparar as diferenças de percepção entre clientes particulares e protocolados, conclui-se que a percepção sobre a Especialidade Médica nas Consultas Externas é sempre, para todas as dimensões, significativamente melhor para os clientes protocolados.

7.4. Analisar comparativamente as diversas especialidades no atendimento²⁷¹

Em virtude de elevado número de especialidades em comparação e de se verificar uma acentuada disparidade no número de elementos que responderam sobre cada especialidade, será realizada apenas uma análise comparativa, em termos descritivos, podendo ser consideradas apenas as especialidades com um número mínimo de respostas.

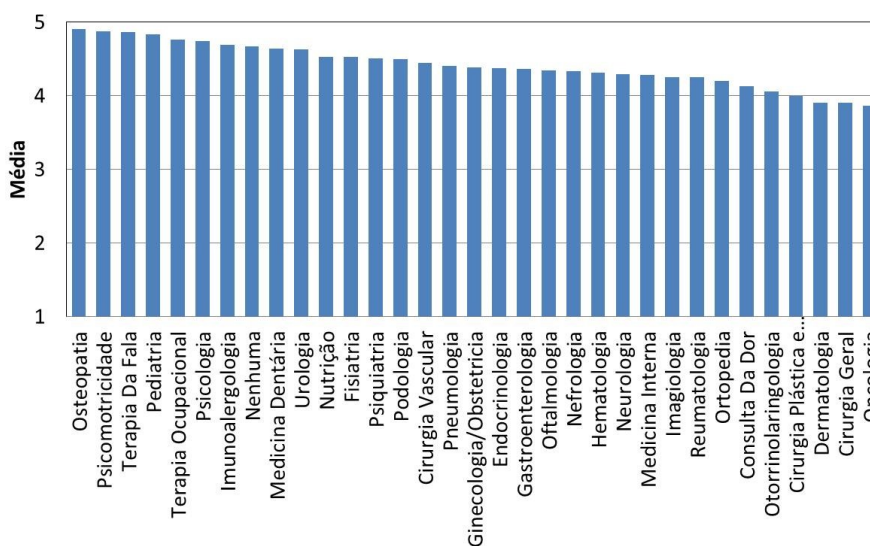
Como se pode observar na Tabela 32 e no Gráfico 26, na amostra, a percepção da dimensão “F1. Satisfação e Confiança” apresenta valores bastante elevados para todas as especialidades, obtendo resultados superiores para Osteopatia, Psicomotricidade e Terapia Da Fala, e inferiores para Oncologia, Cirurgia Geral e Dermatologia.

Tabela 32: percepção da dimensão “F1. Satisfação e Confiança” por especialidade

Especialidade	N	Média	Desvio padrão	Especialidade	N	Média	Desvio padrão
Osteopatia	4	4,90	0,20	Endocrinologia	15	4,37	0,58
Psicomotricidade	11	4,87	0,31	Gastroenterologia	36	4,36	0,51
Terapia Da Fala	12	4,87	0,32	Oftalmologia	49	4,34	0,48
Pediatria	46	4,83	0,37	Nefrologia	3	4,33	0,58
Terapia Ocupacional	5	4,76	0,43	Hematologia	6	4,32	0,80
Psicologia	30	4,74	0,37	Neurologia	14	4,30	0,66
Imunoalergologia	7	4,69	0,47	Medicina Interna	42	4,28	0,53
Nenhuma	3	4,67	0,58	Imagiologia	36	4,26	0,87
Medicina Dentária	46	4,64	0,43	Reumatologia	35	4,25	0,50
Urologia	26	4,63	0,51	Ortopedia	77	4,20	0,57
Nutrição	17	4,53	0,43	Consulta Da Dor	8	4,13	0,83
Fisioterapia	24	4,53	0,52	Otorrinolaringologia	43	4,06	0,57
Psiquiatria	15	4,51	0,65	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1	4,00	
Podologia	11	4,50	0,52	Dermatologia	56	3,91	0,96
Cirurgia Vascular	2	4,45	0,64	Cirurgia Geral	10	3,91	0,62
Pneumologia	9	4,40	0,57	Oncologia	3	3,87	0,23
Ginecologia/Obstetrícia	27	4,39	0,61				

²⁷¹ Indicador ético, objetivo c) analisar comparativamente as diversas especialidades no atendimento.

Gráfico 26: percepção da dimensão “F1. Satisfação e Confiança” por especialidade

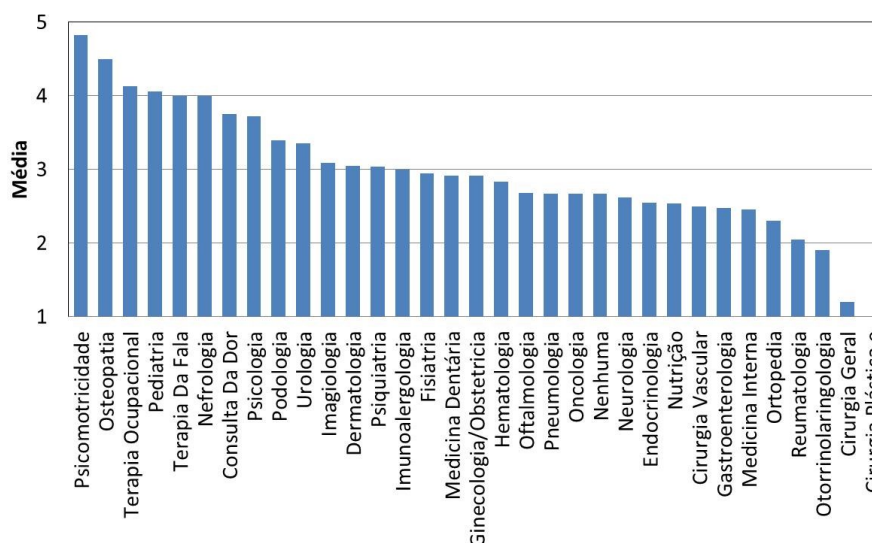


Como é facilmente observável na Tabela 33 e no Gráfico 27, na amostra, a percepção da dimensão “F2. Influência Externa na Escolha” apresenta uma dispersão de valores relevante, que são superiores para Psicomotricidade, seguindo-se-lhe a Osteopatia e, depois, a Terapia Ocupacional, e inferiores para Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Cirurgia Geral, seguidas de Otorrinolaringologia.

Tabela 33: percepção da dimensão “F2. Influência Externa na Escolha” por especialidade

Especialidade	N	Média	Desvio padrão	Especialidade	N	Média	Desvio padrão
Psicomotricidade	11	4,82	0,60	Hematologia	6	2,83	1,17
Osteopatia	4	4,50	1,00	Oftalmologia	47	2,68	1,30
Terapia Ocupacional	4	4,13	1,03	Pneumologia	9	2,67	1,60
Pediatria	46	4,05	1,35	Oncologia	3	2,67	1,53
Terapia Da Fala	12	4,00	1,28	Nenhuma	3	2,67	2,08
Nefrologia	3	4,00	1,00	Neurologia	13	2,62	1,76
Consulta Da Dor	8	3,75	0,89	Endocrinologia	12	2,54	1,18
Psicologia	29	3,72	1,67	Nutrição	16	2,53	1,02
Podologia	9	3,39	1,17	Cirurgia Vascular	1	2,50	
Urologia	23	3,35	1,50	Gastroenterologia	34	2,47	1,55
Imagiologia	36	3,08	1,36	Medicina Interna	42	2,45	1,23
Dermatologia	52	3,05	1,38	Ortopedia	71	2,30	1,40
Psiquiatria	15	3,03	1,63	Reumatologia	35	2,04	1,35
Imunoalergologia	7	3,00	1,26	Otorrinolaringologia	43	1,91	1,11
Fisiatria	19	2,95	1,38	Cirurgia Geral	10	1,20	0,42
Medicina Dentária	42	2,92	1,49	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1	1,00	
Ginecologia/Obstetrícia	24	2,92	1,32				

Gráfico 27: percepção da dimensão “F2. Influência Externa na Escolha” por especialidade

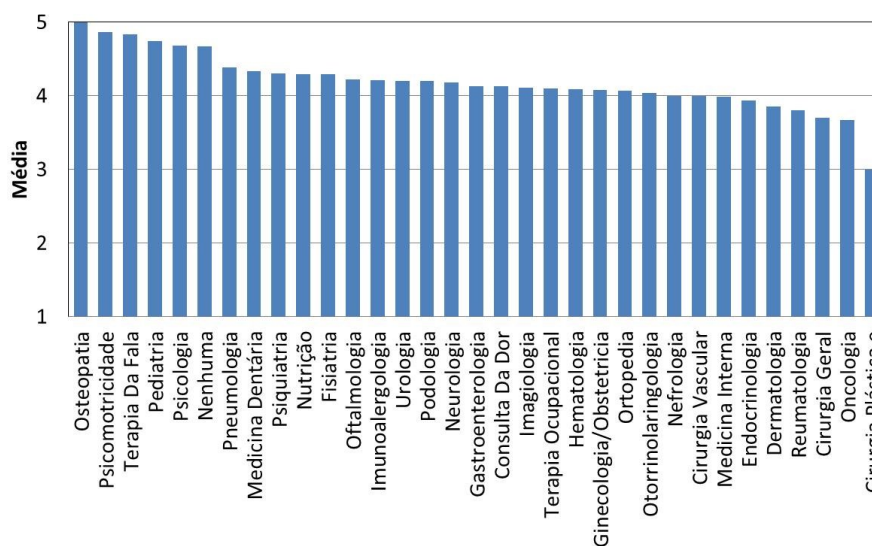


Como se pode observar na Tabela 34 e no Gráfico 28, de acordo com os dados da amostra, verifica-se que a percepção da dimensão “F3. Relação Custo/ Benefício” apresenta valores elevados para quase todas as especialidades, sendo superiores para Osteopatia, Psicomotricidade e Terapia Da Fala, e inferiores para Cirurgia Plástica e Reconstructiva, seguida de Oncologia e Cirurgia Geral.

Tabela 34: Percepção da dimensão “F3. Relação Custo/ Benefício” por especialidade

Especialidade	N	Média	Desvio padrão	Especialidade	N	Média	Desvio padrão
Osteopatia	4	5,00	0,00	Consulta Da Dor	8	4,13	0,83
Psicomotricidade	11	4,86	0,32	Imagiologia	36	4,11	0,93
Terapia Da Fala	12	4,83	0,39	Terapia Ocupacional	5	4,10	1,24
Pediatria	46	4,74	0,51	Hematologia	6	4,08	1,02
Psicologia	30	4,68	0,44	Ginecologia/Obstetrícia	27	4,07	0,65
Nenhuma	3	4,67	0,58	Ortopedia	77	4,07	0,73
Pneumologia	9	4,39	0,60	Otorrinolaringologia	43	4,03	0,49
Medicina Dentária	46	4,34	0,74	Nefrologia	3	4,00	0,00
Psiquiatria	15	4,30	0,84	Cirurgia Vascular	2	4,00	0,71
Nutrição	17	4,29	0,75	Medicina Interna	41	3,99	0,69
Fisiatria	24	4,29	0,75	Endocrinologia	15	3,93	0,86
Oftalmologia	49	4,22	0,56	Dermatologia	56	3,86	0,88
Imunoalergologia	7	4,21	0,91	Reumatologia	35	3,80	0,72
Urologia	25	4,20	0,92	Cirurgia Geral	10	3,70	0,79
Podologia	10	4,20	0,75	Oncologia	3	3,67	0,58
Neurologia	14	4,18	0,77	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1	3,00	
Gastroenterologia	36	4,13	0,59				

Gráfico 28: Percepção da dimensão “F3. Relação Custo/ Benefício” por especialidade

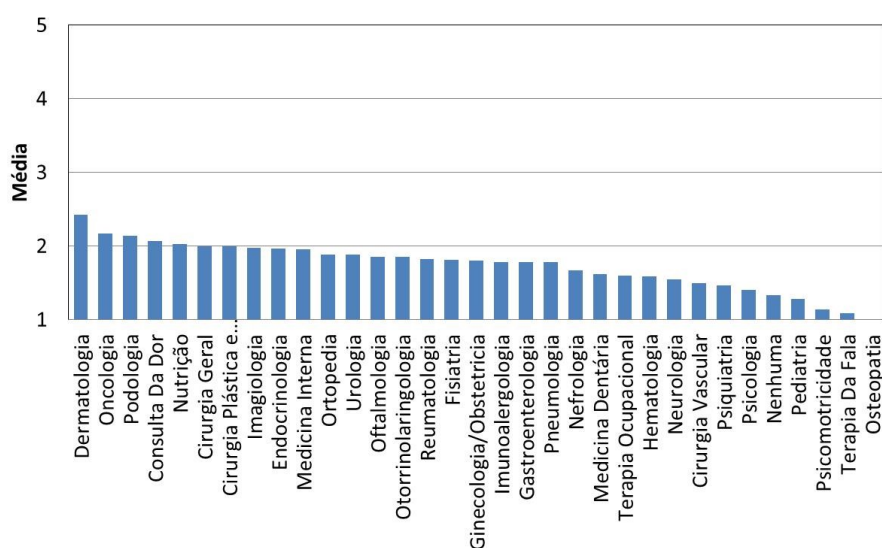


Como se pode observar na Tabela 35 e no Gráfico 29, os dados da amostra demonstram que a percepção da dimensão “F4. Insatisfação” apresenta valores baixos para quase todas as especialidades, atingindo valores superiores para Dermatologia, Oncologia e Podologia, e inferiores para Osteopatia, Terapia da Fala e Psicomotricidade.

Tabela 35: Percepção da dimensão “F4. Insatisfação” por especialidade

Especialidade	N	Média	Desvio padrão	Especialidade	N	Média	Desvio padrão
Dermatologia	56	2,42	1,13	Imunoalergologia	7	1,79	0,81
Oncologia	3	2,17	1,26	Gastroenterologia	36	1,78	0,81
Podologia	11	2,14	1,16	Pneumologia	9	1,78	0,67
Consulta Da Dor	8	2,06	0,94	Nefrologia	3	1,67	1,15
Nutrição	17	2,03	1,01	Medicina Dentária	46	1,62	0,72
Cirurgia Geral	10	2,00	0,94	Terapia Ocupacional	5	1,60	0,55
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1	2,00		Hematologia	6	1,58	0,74
Imagiologia	36	1,97	0,93	Neurologia	12	1,54	0,75
Endocrinologia	13	1,96	0,63	Cirurgia Vascul	2	1,50	0,71
Medicina Interna	41	1,95	0,76	Psiquiatria	15	1,47	0,58
Ortopedia	77	1,88	0,68	Psicologia	30	1,40	0,78
Urologia	25	1,88	1,17	Nenhuma	3	1,33	0,58
Oftalmologia	49	1,86	0,73	Pediatria	46	1,28	0,70
Otorrinolaringologia	43	1,85	0,69	Psicomotricidade	11	1,14	0,45
Reumatologia	34	1,82	0,60	Terapia Da Fala	12	1,08	0,29
Fisiatria	24	1,81	0,70	Osteopatia	4	1,00	0,00
Ginecologia/Obstetrícia	27	1,80	0,86				

Gráfico 29: Percepção da dimensão “F4. Insatisfação” por especialidade

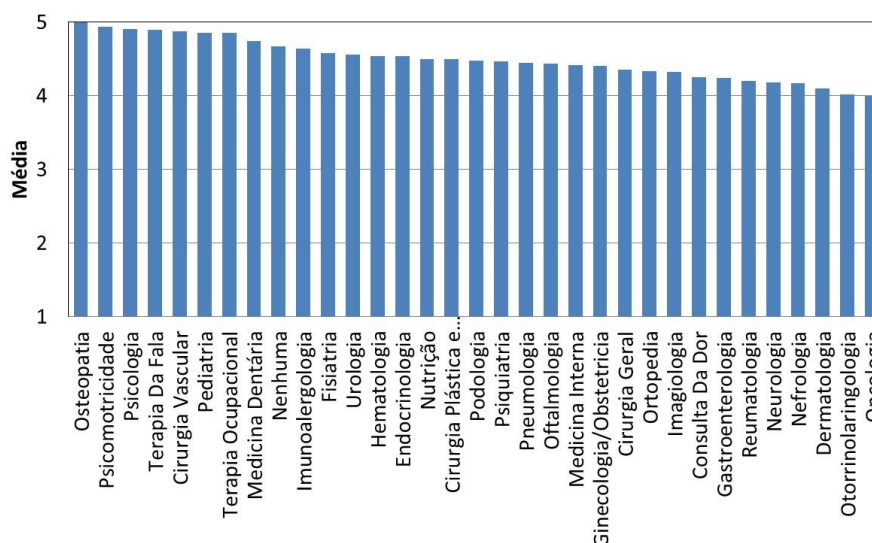


Como se pode observar na Tabela 36 e no Gráfico 30, perante a amostra apresentada, verifica-se que a percepção da dimensão “F5. Rapidez e Comunicação” apresenta valores bastante elevados para todas as especialidades, sendo estes superiores para Osteopatia, Psicomotricidade e Psicologia, e inferiores para Oncologia, Otorrinolaringologia e Dermatologia.

Tabela 36: percepção da dimensão “F5. Rapidez e Comunicação” por especialidade

Especialidade	N	Média	Desvio padrão	Especialidade	N	Média	Desvio padrão
Osteopatia	4	5,00	0,00	Psiquiatria	15	4,47	0,74
Psicomotricidade	11	4,93	0,23	Pneumologia	9	4,44	0,58
Psicologia	30	4,91	0,28	Oftalmologia	49	4,44	0,56
Terapia Da Fala	12	4,90	0,29	Medicina Interna	42	4,41	0,45
Cirurgia Vascular	2	4,88	0,18	Ginecologia/Obstetricia	27	4,41	0,51
Pediatria	46	4,85	0,34	Cirurgia Geral	10	4,35	0,47
Terapia Ocupacional	5	4,85	0,34	Ortopedia	77	4,33	0,55
Medicina Dentária	46	4,74	0,39	Imagiologia	36	4,32	0,81
Nenhuma	3	4,67	0,58	Consulta Da Dor	8	4,25	0,89
Imunoalergologia	7	4,64	0,45	Gastroenterologia	36	4,24	0,58
Fisiatria	24	4,57	0,53	Reumatologia	35	4,20	0,46
Urologia	26	4,56	0,51	Neurologia	14	4,18	0,70
Hematologia	6	4,54	0,51	Nefrologia	3	4,17	0,29
Endocrinologia	15	4,53	0,48	Dermatologia	56	4,10	0,81
Nutrição	17	4,50	0,50	Otorrinolaringologia	43	4,02	0,52
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1	4,50		Oncologia	3	4,00	0,00
Podologia	11	4,48	0,44				

Gráfico 30: percepção da dimensão “F5. Rapidez e Comunicação” por especialidade

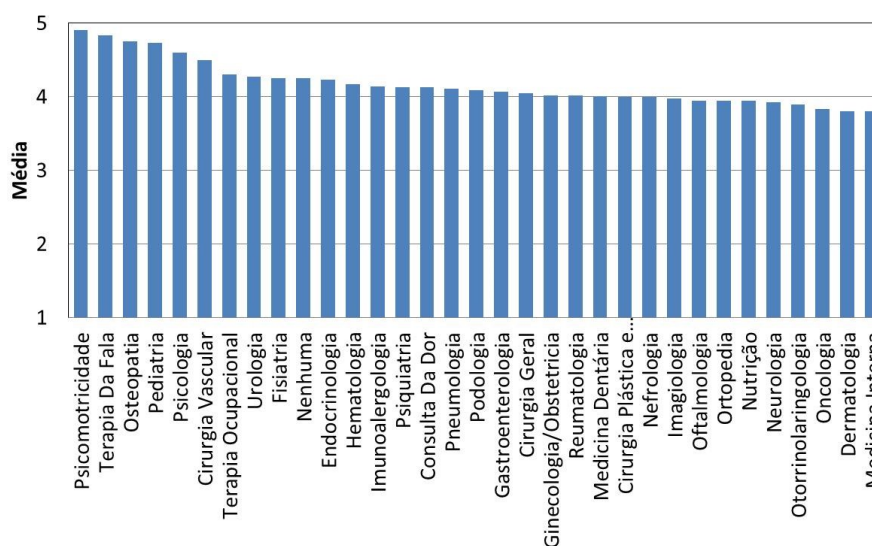


Como se pode observar na Tabela 37 e no Gráfico 31, através da amostra, torna-se claro que a percepção da dimensão “F6. Fidelização” apresenta valores bastante elevados para todas as especialidades, sendo superiores para Psicomotricidade, Terapia da Fala e Osteopatia, e inferiores para Medicina Interna, Dermatologia e Oncologia.

Tabela 37: percepção da dimensão “F6. Fidelização” por especialidade

Especialidade	N	Média	Desvio padrão	Especialidade	N	Média	Desvio padrão
Psicomotricidade	11	4,91	0,30	Gastroenterologia	36	4,07	0,79
Terapia Da Fala	12	4,83	0,44	Cirurgia Geral	10	4,05	0,60
Osteopatia	4	4,75	0,50	Ginecologia/Obstetricia	27	4,02	0,75
Pediatria	46	4,73	0,46	Reumatologia	35	4,01	0,64
Psicologia	30	4,60	0,59	Medicina Dentária	46	4,01	0,64
Cirurgia Vascul	2	4,50	0,71	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1	4,00	
Terapia Ocupacional	5	4,30	0,45	Nefrologia	3	4,00	1,00
Urologia	26	4,27	0,67	Imagiologia	36	3,97	0,85
Fisiatria	24	4,25	0,57	Oftalmologia	49	3,95	0,54
Nenhuma	4	4,25	0,96	Ortopedia	77	3,94	0,70
Endocrinologia	15	4,23	0,70	Nutrição	17	3,94	0,61
Hematologia	6	4,17	0,98	Neurologia	14	3,93	0,85
Imunoalergologia	7	4,14	0,75	Otorrinolaringologia	43	3,90	0,54
Psiquiatria	15	4,13	0,58	Oncologia	3	3,83	0,29
Consulta Da Dor	8	4,13	0,83	Dermatologia	56	3,80	0,85
Pneumologia	9	4,11	0,70	Medicina Interna	42	3,80	0,75
Podologia	11	4,09	0,80				

Gráfico 31: percepção da dimensão “F6. Fidelização” por especialidade

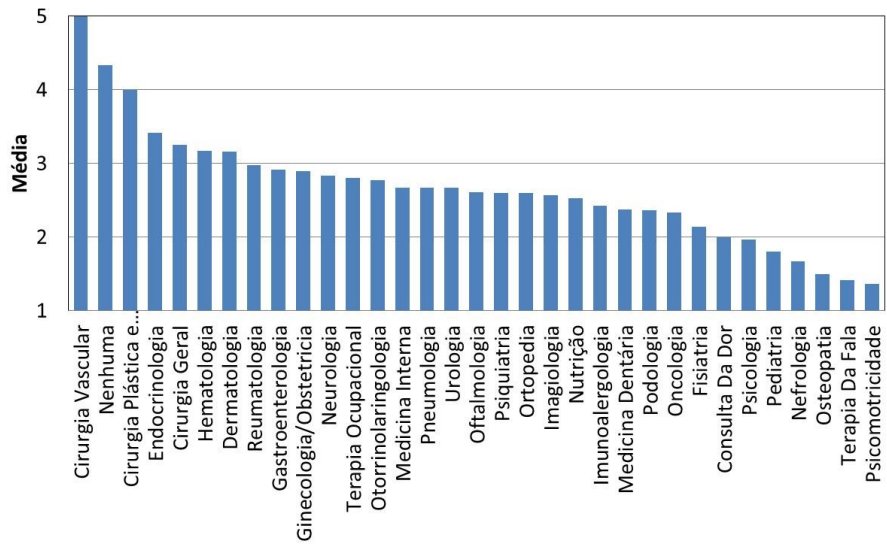


Como se pode observar na Tabela 38 e no Gráfico 32, de acordo com a amostra, a percepção da dimensão “F7. Concorrência” apresenta uma dispersão de valores relevante, sendo superiores para Cirurgia Vascular, seguida de “Nenhuma” e depois de Cirurgia Plástica e Reconstructiva, e inferiores para Psicomotricidade, Terapia da Fala e Osteopatia.

Tabela 38: percepção da dimensão “F7. Concorrência” por especialidade

Especialidade	N	Média	Desvio padrão	Especialidade	N	Média	Desvio padrão
Cirurgia Vascular	2	5,00	0,00	Psiquiatria	15	2,60	0,83
Nenhuma	3	4,33	0,58	Ortopedia	74	2,59	1,07
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	1	4,00		Imagiologia	35	2,57	0,98
Endocrinologia	12	3,42	1,31	Nutrição	17	2,53	0,94
Cirurgia Geral	8	3,25	0,71	Imunoalergologia	7	2,43	1,13
Hematologia	6	3,17	1,47	Medicina Dentária	45	2,38	0,96
Dermatologia	56	3,16	1,04	Podologia	11	2,36	0,67
Reumatologia	35	2,97	0,92	Oncologia	3	2,33	1,53
Gastroenterologia	36	2,92	1,13	Fisiatria	22	2,14	0,99
Ginecologia/Obstetrícia	27	2,89	1,12	Consulta Da Dor	8	2,00	1,20
Neurologia	12	2,83	1,27	Psicologia	30	1,97	1,16
Terapia Ocupacional	5	2,80	1,48	Pediatria	45	1,80	1,16
Otorrinolaringologia	43	2,77	1,00	Nefrologia	3	1,67	1,15
Medicina Interna	42	2,67	0,98	Osteopatia	4	1,50	1,00
Pneumologia	9	2,67	1,50	Terapia Da Fala	12	1,42	1,00
Urologia	24	2,67	1,27	Psicomotricidade	11	1,36	0,81
Oftalmologia	49	2,61	1,10				

Gráfico 32: percepção da dimensão “F7. Concorrência” por especialidade



CAPÍTULO VI

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

1. Dados obtidos pelo questionário

Passamos a apresentar a análise dos resultados obtidos pelo presente estudo, partindo da questão fundamental que é a de perceber qual o nível de satisfação e de equidade no acesso a tratamentos, por parte de doentes particulares/protocolados e particulares/não protocolados, na CSSM-H.

Conforme já explicitado acerca da opção metodológica, os dados aqui representados estruturam-se com base na análise do questionário realizado aos clientes/utentes da CSSM-H.

1.1. Cateterização sociodemográfica dos clientes/utentes da CSSM-H

De acordo com os dados do inquérito, 13,9% (112) dos inquiridos disseram que recorreram pela primeira aos serviços médicos da CSSM e 86,1% (698) afirmaram não se tratar da primeira vez, facto que nos permite concluir que estes 86,1% são clientes fidelizados.

Desta análise podemos inferir que estes dados vão ao encontro do estudo²⁷² realizado em 2016 pela investigadora, no qual se defendia que a estratégia da CSSM-H era (e é) captar e fidelizar clientes, praticando, aos diversos níveis da organização, uma

²⁷² Estudo realizado (2016) Aldina Lemos – Tese de Mestrado.

liderança inspiradora, uma efetiva coordenação e uma atitude determinada e alinhada estrategicamente pelo conhecimento da atividade, capaz de promover a mudança.

Os dados da tabela (1) mostram que, volvidos cinco anos do estudo referido, a CSSM-H evidencia uma boa relação cliente/serviços de fidelização, visto que 696 dos 808 inquiridos recorrem aos serviços de saúde da CSSM.

Relativamente aos dados sociodemográficos, verifica-se que a faixa etária com maior representatividade que utiliza os serviços de saúde está compreendida entre os 41 e os 65 anos, representando 35,9%; segue-se o grupo etário dos 31 aos 40 anos, representando 24,5%, sendo que maioritariamente são mulheres (57,9%).

No que diz respeito à formação académica, a nossa investigação acompanha a tendência de outros estudos²⁷³, que referem que pessoas com maior qualificação académica utilizam mais os serviços médicos privados. De facto, da totalidade dos inquiridos neste estudo, 63,7% têm formação superior e 36,3% formação básica e secundária.

No que se reporta ao género, o estudo mostra que existe uma relação de semelhança com outras investigações relativamente ao comportamento e às atitudes na procura de cuidados de saúde por parte das mulheres, uma vez que são as mulheres quem recorre, com maior frequência e rapidez, aos médicos e a outros profissionais de saúde, por vezes por razões menos graves. Na CSSM-H, verifica-se que a percentagem de mulheres (57,9 % - 468) que recorre aos cuidados de saúde é mais elevada do que a dos homens (42,1% - 340) Este último dado é relevante, na medida em que evidencia que, do ponto de vista social, “existe uma visão de que os homens utilizam menos os cuidados de saúde, recorrendo apenas em situação de sintomas severos e incapacidades, muitas vezes já de difícil controlo”²⁷⁴.

²⁷³ Ver: Eira, A.A. - *A Saúde em Portugal- A procura de cuidados de saúde privados, op. cit.*, 2010.

No âmbito do rendimento mensal líquido dos clientes da CSSM-H, os valores obtidos traduziram-se nas seguintes percentagens: menos de 500,00€ (9,4%); de 501,00€ a 1000,00€ (31,1%); de 1001,00€ a 1500,00€ (25%); de 1501,00€ a 2000,00€ (13,9%); de mais de 2000,00€ (4,5%).

Em termos de situação profissional/social, é importante referir que: 3,5 % se encontram em situação de desemprego, contudo tal facto não constituiu impedimento de recorrer aos serviços de saúde da CSSM-H; 55,6% são trabalhadores por conta de outrem, o que é indiciador da classe social (média) que mais utiliza os serviços de saúde da CSSM-H; os estudantes representam 10,5% da amostra, o que significa uma franja da população importante no sentido da fidelização; 16,7% são reformados; e 3,2% assinalam outra situação.

O dado interessante a salientar é o de que a classe social/profissional mais representativa, 55,6%, é constituída por trabalhadores por conta de outrem, o que significa que a CSSM-H, do ponto dos serviços e cuidados de saúde, dá resposta às necessidades da transversalidade da população e não apenas de uma elite de condição, social e economicamente, mais elevada.

A literatura demonstra que o acesso aos cuidados de saúde tem sido debatido, existindo grande preocupação ao nível da necessidade de reformas neste setor, com vista à melhoria das condições de equidade no acesso aos cuidados e à satisfação das necessidades dos seus destinatários, sobretudo os de menores recursos²⁷⁵.

No que concerne à questão de seguros de saúde (ou de subsistemas de saúde), segundo Eira,²⁷⁶ “uma boa parte da população portuguesa possui seguro saúde, o que

²⁷⁵ Santos, A. L. - *A entidade reguladora da saúde*, 2003. (Acedido em 20 de abril 2020). <http://www.agencia.ecclesia.pt/egi-bin/print.pl?id=4886>

²⁷⁶ Ver: Eira, A.A. - *A Saúde em Portugal - A procura de cuidados de saúde privados*, op. cit., 2010.

permite o recurso às instituições de saúde privadas que têm acordos, permitindo beneficiar de melhores preços e maior rapidez no atendimento”.

De acordo com a revisão da literatura nesta área, os dados mostram que cerca de um quarto da população portuguesa, para além de ser beneficiária do SNS, tem um seguro de saúde ou é aderente a um subsistema de saúde. Podemos, deste modo, deduzir que, como “não é possível saber quando se está doente, nem quais os custos associados a uma intervenção e tratamentos, os seguros de saúde surgem, pois, como mecanismo de redução de riscos e minimização da incerteza”. Assim, “a pessoa, ao estar protegida por via dos subsistemas de saúde ou de seguros de saúde, sente mais proteção, recorrendo aos serviços privados na maioria das vezes, não deixando, contudo, de utilizar o SNS”.²⁷⁷

Ora, o nosso estudo revela, precisamente, que mais de metade dos indivíduos inquiridos, 59,9%, possui um seguro ou subsistema de saúde. Por seu turno, no estudo de Eira, o número é ainda mais elevado, constatando-se que “71% dos inquiridos que utilizaram instituições de saúde privadas têm seguro de saúde”²⁷⁸. Importa, assim, concluir que este indicador se encontra em sintonia com a nossa investigação, uma vez que cerca de 60% dos clientes da CSSM-H possuem um seguro ou são aderentes de subsistemas de saúde.

²⁷⁷ Ver: Ribeiro, J. M. - *Saúde – A liberdade de escolher*, op. cit., 2009.; BARROS, P.P.; SIMÕES, J.A. - Portugal: Health System Review. In *Health Systems in Transition*. Vol. 9, (5), 2007, p.1-140.

²⁷⁸ EIRA, A.A. - *A Saúde em Portugal - A procura de cuidados de saúde privados*, op. cit., 2010.

1.2. Caracterização da utilização do SMP (Urgência 24) : principais vantagens e percepção dos clientes/utentes sobre as especialidades médicas

A percepção dos 234 clientes/utentes que utilizam o SMP 24h, na sua avaliação global do atendimento, é de “muito bom”, para 31,6%, e de “bom”, para 68,4%.

Como principais vantagens reconhecidas destacam-se a poupança de tempo (78,8%) e a facilidade de acesso (67,4%). São, ainda, mencionados como aspetos positivos, mas menos assinalados, a variedade de serviços e especialidades; o acesso mais eficiente às convenções; a confidencialidade; o reconhecimento médico na sua área de especialidade; e a facilidade do uso da tecnologia em tempo real.

O que os dados indicam sobre a percepção do grau de eficácia do SMP 24H da CSSM-H, como se pode verificar (*vide* Tabela 5 e Gráfico 6), é de que existe uma concordância geral positiva sobre este serviço. Na verdade, 88,5% manifestam-se muito satisfeitos com o SMP 24H da CSSM-H, resultados estes que, quando comparados com os estudos de Ferreira²⁷⁹ - que avaliam a percepção da satisfação dos clientes/utentes no setor público -, revelam grande dissonância, tornando-se evidente uma falta de gestão orientada. Os clientes/utentes da CSSM-H apontaram a existência de uma boa comunicação com os clientes/utentes; a qualidade do serviço prestado; o acerto na escolha de recorrer à CSSM-H; a confiança no ato médico.

Os inquiridos recomendam os serviços e cuidados de saúde, e afirmam que é oferecida uma boa relação custo/benefício (76,6%).

²⁷⁹ ; Ferreira, P. L., et tal - Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. In Revista Portuguesa de Saúde Pública; Volume temático: 2, 2001

1.3. Análise da utilização das especialidades médicas: principais vantagens e percepção

De acordo com os dados, é facilmente verificável que, das 18 especialidades existentes na CSSM-H, 14 são procuradas pelos clientes/utentes que responderam ao inquérito, sendo a mais procurada a Ortopedia e a menos solicitada a Fisioterapia (*vide* Tabela 7, Tabela 8 e gráfico 8).

No que diz respeito às vantagens, importa salientar: a confiança no médico e a confidencialidade; a clareza na realização do ato médico; a notoriedade do médico; o eficiente acesso às convenções; o profissionalismo e a dedicação; e o uso de tecnologia em tempo real. De entre as características assinaladas, 48,6% dos respondentes assinalam como fator relevante o profissionalismo e a dedicação, seguido do acesso mais eficiente às convenções, 37,7%, e, posteriormente, a notoriedade do médico, 35,8%.

Estes dados informam-nos de que cerca de 95,7% dos clientes/utentes consideram que as Especialidades Médicas da CSSM-H são de qualidade (Tabela 10).

Ora, analisando o que diz Campos - que refere que a qualidade, em saúde, contempla a estrutura composta pelas infraestruturas, os recursos humanos e materiais, bem como os processos onde estão incluídos todos os procedimentos de natureza clínica e social que interagem direta ou indiretamente com o doente²⁸⁰ (cliente/utente) - ou o que consta do Plano Nacional de Saúde de 2004 – 2010 sobre a necessidade da qualidade nos serviços de saúde, afigura-se-nos que os resultados obtidos pelo presente estudo estão em consonância com estes desígnios.

Vários autores e organizações internacionais têm realçado a importância de ouvir os doentes clientes/utentes, pois são estes que melhor poderão aferir qual o resultado de

²⁸⁰ Campos, L., Borges, M., Portugal, R. - *Governança dos hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 1ª edição, ISBN:978-972-46-1930-9., 2009.

saúde desejável, fornecendo, aos profissionais de saúde e às diferentes organizações²⁸¹, pistas de atuação, no sentido da tomada de decisão, quer a nível organizativo quer a nível do tratamento.

1.4. Definição e caracterização das dimensões e atitudes dos clientes/utentes do SMP 24H e das especialidades médicas

No que concerne às atitudes dos clientes/utentes do SMP 24H, relativamente à perceção ética da pessoa no que aos atos médicos diz respeito, os fatores mais valorizados são a satisfação e confiança, a rapidez e comunicação, e a fidelização (*vide* Tabelas 18-19 e Gráficos 12-13).

Verifica-se, assim, que a perceção geral sobre a satisfação, quanto à forma como os cuidados de saúde são prestados na CSSM-H, difere da satisfação dos que são prestados no setor público, no qual, manifestamente, os clientes/utentes realçam como aspetos negativos: a falta de oportunidades para marcar consultas; a necessidade de se deslocar cedo de mais para a Unidade de Saúde; o tempo de espera; a discrepância entre a marcação e a efetivação da consulta.²⁸²

²⁸¹ Cf. Grol, R., et al. — Patients in Europe evaluate general practice care : an international comparison. *British Journal of General Practice*. 50, 2000, p. 882-887.; Guadagnoli, E. ; Ward, P. — Patient participation in decision making. *Social Science and Medicine*. 47, 1998, p. 329-339; Mossialos, E. — Citizen's views on health care systems in the 15 member state; WHO — World Health Report. Genev: World Health Organization, 2000.

²⁸² ESTUDOS: Tinoco, P. - Avaliação da Qualidade percebida em saúde: o caso do Serviço de radiologia do Hospital de Faro E.P.E (140 utentes), 2013; Umbelino, T. - Os Determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia Privado de Lisboa (178 utentes) 2016; Cruz, V. - Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde (308 utentes), 2018; Melo, V. - Avaliação da qualidade e satisfação percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço (147 utentes), 2019; Ferreira, P. L., et tal - Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Volume temático: 2, 2001.; HSMM - <https://www.hbarcelos.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2020/10/satisfacao-utentes-2019.pdf> (acedido em 14 de setembro de 2022)

A percepção ética que é fornecida pelos inquiridos enfatiza o que se considera como modelo ético personalista e humanista nos cuidados de saúde, que é o respeito da dignidade humana da pessoa, na medida em que o cuidar de pessoas doentes não se reduz ao mero tratamento de dados estatísticos comprováveis, porque a estatística não se pode transformar num critério moral.²⁸³ As pessoas doentes desejam e esperam, não apenas cuidados técnicos, mas igualmente o respeito pelo cuidado ético, cuidado este reconhecido no que os clientes/utentes sentem e vivem na CSSM-H.

1.5.Comparar o acesso equitativos a tratamentos dos clientes protocolados e não protocolados

Observa-se, no nosso estudo, conforme indicam os dados (*vide* Tabela 20 e Gráfico 14), que a percentagem de quem utilizou o SMP24 é superior para os clientes não protocolados (30,2%) e protocolados (28,1%), mas as diferenças não são significativas. Relativamente à *frequência* com que procuram o SMP24, os indicadores evidenciam (Tabela 21 e Gráfico 15) que a percentagem de inquiridos que assinala “várias vezes” é superior para os clientes protocolados (33,1%). Já a percentagem que assinala “raramente” é superior (81,4%) para os clientes não protocolados, sendo estas diferenças significativas.

Numa relação de *frequência de utilização* do SMP 24h e *disponibilidade financeira*, observa-se, de facto, que, para os clientes protocolados (possuidores de um seguro de saúde), a questão financeira não é impeditiva, o mesmo não se aplicando a quem não é cliente protocolado/particular, uma vez que a disponibilidade financeira se torna impeditiva da frequência destes serviços.

²⁸³ BENTO XVI - *A Luz do mundo. O Papa, a Igreja e os sinais dos tempos: Uma conversa com Peter Seewald*. Cascais: Principia Editora, 2010

No que diz respeito às Especialidades Médicas – Consultas Externas, no tocante ao indicador “várias vezes”, verifica-se que a procura é significativamente superior por clientes protocolados (46,7%) do que por clientes não protocolados (54,6%), que recorrem “raramente” a este serviço.

Quanto à questão financeira, foi observável que a mesma é impeditiva em 23,8% para clientes não protocolados e não impeditiva em 10,5% para os clientes protocolados. Portanto, rapidamente se depreende que os clientes particulares/não protocolados procuram “raramente” as Especialidades Médicas – Consultas Externas, porque a disponibilidade financeira é impeditiva, e os protocolados (qualquer tipo de seguro) são os que mais utilizam e frequentam “várias vezes” este serviço.

Assim sendo, estabelecendo-se uma comparação entre a frequência de utilização do SMP 24h e as Especialidades Médicas – Consultas Externas, pode concluir-se que os dados são consonantes, visto que quem mais vezes procura uma especialidade médica nas consultas externas são os clientes protocolados e raramente os clientes não protocolados.

Da análise, podemos dirimir que, se, por um lado, são os clientes não protocolados quem mais utiliza o SMP 24h e os Serviços de Especialidades Médicas, por outro, é evidente que é esta classe de clientes cujo impedimento financeiro é fator decisivo da não frequência do referido serviço.

Portanto, de acordo com o objetivo de averiguar se há ou não um acesso equitativo a tratamentos na CSSM H, os dados informam-nos que a percentagem de quem utiliza e frequenta o SMP24 é superior para clientes protocolados. Quanto à variável relativa à relação acesso/frequência e disponibilidade financeira, constata-se que a percentagem que assinala a disponibilidade financeira como um fator impeditivo de recorrer aos mesmos serviços SMP24 é superior para clientes não protocolados. No que diz respeito às Especialidades Médicas – Consultas Externas, verifica-se que quem mais procura (“várias

vezes”) uma especialidade Médica nas Consultas Externas são, de facto, os clientes protocolados e não os não protocolados, devido ao impedimento económico.

Desta forma, pode-se deduzir-se que:

- a) não há acesso a tratamento equitativo de pessoa/doente particular ao SMP24;
- b) não há acesso a tratamento equitativo de pessoa/doente particular às Especialidades Médicas – Consultas Externas;
- c) existe, perante os dados deste estudo, uma barreira financeira a um acesso equitativo aos serviços e cuidados de saúde entre clientes protocolados e não protocolados;
- d) a aplicação concreta do princípio de equidade e do princípio de igualdade de oportunidades, como ideal de que nenhum cidadão deve ficar excluído do acesso a tratamento por falta de recursos económicos, não se verifica.

1.6. Identificar a influência dos fatores económicos no acesso equitativo

No que se refere à influência dos fatores económicos e aos constrangimentos daí decorrentes no acesso dos clientes a cuidados de saúde na CSSM-H, verifica-se que os resultados da nossa investigação vão ao encontro do sugerido por Halansa e Nandakumar²⁸⁴, que afirmam que as pessoas com rendimentos mais elevados (no nosso estudo, 42,5% têm um rendimento superior a 1000,00€) preferem a utilização de cuidados de saúde privados, e que quem utiliza os serviços públicos é sensível aos preços, sendo que as pessoas consideradas com baixos rendimentos são as que menos utilizam os

²⁸⁴ Halasa, Y.; A.K. NandakumaR - Factors determining choice of health care provider in Jordan. *In Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol. 15, (4), 2009, p. 959-968.

serviços privados. Também um estudo de Jannati²⁸⁵ demonstrou que existe relação entre o rendimento familiar, os custos hospitalares e a seleção do serviço, dados que estão de acordo com Jones²⁸⁶.

Um estudo sobre a questão do rendimento, *The Rand Health Insurance Experiment*, desenvolvido por Newhouse²⁸⁷, evidencia que as pessoas com menor rendimento tendem a usufruir de menos cuidados de saúde, não pela ausência de necessidade, mas pela dificuldade do seu pagamento. A mesma conclusão é referida por Eira, que refere “que a maioria dos inquiridos considera o preço dos cuidados de saúde importante, tendo em conta o rendimento mensal bruto do agregado familiar”²⁸⁸.

De acordo com os autores citados, e em conformidade com o nosso estudo, podemos afirmar que a probabilidade de se ter um seguro de saúde e utilizar os serviços privados aumenta proporcionalmente ao salário.

Outros estudos indicam que os fatores económicos são secundários na escolha de cuidados de saúde. O estudo realizado no *Private Hospital of Tehran University of Medical Science*²⁸⁹, informa-nos de que os fatores económicos (rendimento pessoal e custos de tratamento) apresentam uma menor expressividade, podendo considerar-se secundários, assumindo, porém, o rendimento pessoal sempre relevância em comparação com os custos de tratamento. Não obstante este último facto, apesar do nível do

²⁸⁵ Janatti, A.; Bahrami, M. A.; Gholizadeh, M.; Alizadeh, L.; Khodayari, M. T. - A Survey of Factors Affecting Patients' Decision in Selecting Governmental and Private Hospitals in Tabriz, Iran”. In *Journal of Tourism Research & Hospitality*. Vol. 2, (1), 2013, p. 1-4.

²⁸⁶ Jones, A.M.; Koolman, X.; Doorslaer, E. V. - The Impact of Having Supplementary Private Health Insurance on the Use of Specialists. In *Annales d'Économie et de Statistique*. Vol. 83/84, 2006, p. 251-275.

²⁸⁷ Newhouse, J. - *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

²⁸⁸ Eira, A.A. - *A Saúde em Portugal - A procura de cuidados de saúde privados*, op. cit., 2010.

²⁸⁹ Coulter, A.; Maistre, N.; Henderson, L. - *Patients experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme*, op. cit., p.1-100.; Davoud, A.; Mohammad, P.; Ali, T.; Hosein, A.; Ghorban, S. - Determinants of the choice of private hospitals by patients. In *HealthMED*. Vol. 7, (5), 2013, p. 1629-1623.

rendimento favorecer a escolha dos serviços de saúde, o mesmo é pouco significativo no que se trata à escolha de cuidados de saúde.²⁹⁰

A nossa investigação, no que se refere aos constrangimentos económicos que possam afetar o recurso aos serviços e cuidados de saúde, indica que a percentagem de utilização aumenta para as duas classes de rendimento mais elevado, embora, como é verificável (*vide* Tabela 25 e Gráfico 19), as diferenças não sejam estaticamente significativas, corroborando o estudo citado no parágrafo anterior.

De facto, o nosso estudo comprova que, quando sentem a necessidade de serviços e cuidados de saúde urgentes, pessoas com rendimentos baixos (menos de 500,00€, 28,9%; menos de 501,00€ a 1000,00€, 25,5%) utilizam a CSSM-H.

No sentido de perceber se a condição financeira é ou não impeditiva para que pessoas-doentes/clientes recorram a serviços de urgência na CSSM-H e Especialidades Médicas – Consultas Externas, os dados do presente trabalho apontam que a percentagem que utiliza o SMP 24H e Especialidades Médicas – Consultas Externas é superior para clientes protocolados em relação a clientes não protocolados. Isto não significa que, à medida que o rendimento aumenta, a preocupação com o preço dos serviços de saúde não seja uma questão importante, no entanto é menos valorizada. A maioria dos titulares de seguros de saúde considera o preço muito importante na tomada de decisão.²⁹¹

Na certeza de que o rendimento familiar é um fator influenciador da decisão de optar por serviços de saúde privados, os dados deste estudo, corroborando outros estudos, evidenciam que cerca de 40,5% dos utilizadores dos serviços de saúde da CSSM-H têm rendimentos baixos (menos de 500,00€ a 1000,00€).

²⁹⁰ Moreira, S.; Barros, P.P. - *O impacto da dupla cobertura na utilização de cuidados de saúde*. Lisboa: Banco de Portugal, 2009, p. 205-227.

²⁹¹ Ver: Ribeiro, J. M. - *Saúde – A liberdade de escolher*, op. cit., 2009.; BARROS, P. P.; SIMÕES J.A. - *Portugal: Health System Review*, op. cit., p.1-140.

Quanto ao facto de a disponibilidade financeira ser ou não impedimento de recorrer ao SMP 24h da CSSM, 53,8% dos inquiridos (tabela 6) responderam que não, mas 47,2% indicam, efetivamente, tratar-se de um impedimento.

Neste sentido, quanto à questão de identificar quais os constrangimentos e/ou influência dos fatores económicos no acesso equitativo a clientes particulares e protocolados, de acordo com o objetivo do estudo (averiguar da existência ou não de um acesso a tratamento equitativo em particulares ou protocolados na CSSM-H), conseguimos aferir que são mais os clientes não protocolados que utilizaram pelo menos uma vez o SMP 24h, mas as diferenças não são significativas.

Como resposta às questões acima mencionadas, procurando perceber se é um determinante o fator económico, os dados mostram (*vide* Tabela 25 e Gráfico 19) duas classes com rendimentos mais elevados, mas as diferenças não são significativas. No que diz respeito à frequência de procura do SMP 24h, a percentagem de quem utiliza “várias vezes” é superior para três classes de rendimentos e “raramente” para duas classes de rendimentos (*vide* Tabela 26 e Gráfico 20).

No que concerne à disponibilidade financeira, e de acordo com estudos já referidos neste trabalho, verifica-se a mesma tendência, em que a percentagem para quem a disponibilidade financeira é impeditiva de recorrer ao SMP 24h diminui com o aumento de rendimento, sucedendo o inverso para quem a disponibilidade financeira não é impeditiva, sendo estas diferenças significativas (*vide* Tabela 27 e gráfico 21).

Constata-se, assim, que o acesso dos clientes ao SMP 24h é superior “várias vezes” para as classes de rendimento superior, sendo certo que a relevância da questão financeira para recorrer ao SMP 24h diminui com o aumento de rendimento.

Deste modo, podemos afirmar que os fatores económicos são um constrangimento no acesso dos clientes ao SMP 24h, realidade igualmente aplicável no que toca ao acesso

dos clientes às Especialidades Médicas – Consulta Externas. Por conseguinte, é um facto irrebatível que existem condicionantes e constrangimentos económicos no acesso a estes serviços.

O nosso estudo corrobora outros estudos que citamos ao longo do trabalho, demonstrando que existe relação entre o rendimento familiar, os custos hospitalares e a seleção do serviço, e que a probabilidade de ter um seguro de saúde e utilizar os serviços privados aumenta proporcionalmente ao salário.

De acordo com o estudo de Eira²⁹², 62% das pessoas que participaram e responderam consideram que o preço dos cuidados de saúde é importante, tendo em conta o rendimento mensal. Logo, um rendimento mais elevado é mais facilmente conducente à opção da aquisição de seguro de saúde e à escolha de cuidados de saúde privados do que em rendimento mais baixo.

Portanto, de acordo com o objetivo de identificar quais os constrangimentos e influência dos fatores económicos no acesso dos clientes ao SMP 24h, conclui-se que, efetivamente, esses constrangimentos existem quer no acesso ao SMP 24h quer no acesso às Especialidades Médicas – Consultas Externas, tendo origem na disponibilidade financeira dos clientes.

1.7.Comparar as diferenças de perceção dos clientes particulares e protocolados

Relativamente às variáveis da satisfação e reconhecimento da competência envolvida nos serviços prestados na CSSM-H, os dados do presente trabalho (*vide* Tabela 30 e gráfico 24) evidenciam que não existem diferenças de perceção entre clientes protocolados e não protocolados. Ou seja:

²⁹² Eira, A.A. - *A Saúde em Portugal - A procura de cuidados de saúde privados, op. cit.*, 2010.

- a) a percepção sobre as dimensões da fidelização e confiança são superiores para clientes particulares;
- b) no que se refere à influência externa na escolha da CSSM-H, esta é superior para clientes protocolados;
- c) a questão sobre a insatisfação é superior para clientes particulares;
- d) na relação custo/benefício, verifica-se uma ligeira superioridade para clientes protocolados, cuja diferença não é significativa.

Daqui ressalta que as diferenças de percepção por parte dos clientes particulares e protocolados não são divergentes quanto ao SMP 24h, nem as diferenças estatísticas são significativas.

Em termos das Especialidades Médicas – Consulta Externas (*vide* Tabela 31 e Gráfico 25), destacam-se, para além das referidas, outras dimensões, tais como:

- a) a rapidez;
- b) a comunicação;
- c) a concorrência.

Todas estas dimensões são elencadas como superiores para clientes protocolados, sendo todas observadas como significativas.

Perante estes dados, é verificável, por um lado, que as diferenças de percepção dos clientes particulares não protocolados e protocolados sobre as Especialidade Médicas – Consultas Externas são significativas. Com efeito, a percepção da qualidade e satisfação é manifestamente superior para clientes protocolados. Por outro lado, os dados obtidos demonstram que, na percepção da satisfação global de quem recorre ao SMP 24h e às consultas de Especialidade Médicas – Consultas Externas, existem diferenças significativas e que estas determinam a estrutura multifatorial das dimensões do comportamento ético.

1.8. Analisar as atitudes dos clientes/utentes nas consultas de especialidade

Os resultados da nossa investigação (*vide* Tabela 12 Escala de Análise de Atitudes), quanto à questão de determinar uma estrutura multifatorial das dimensões do comportamento ético, permitem-nos afirmar o seguinte relativamente à utilização/funcionamento do SMP 24h:

- a) a qualidade dos serviços disponibilizados é muito boa ao nível da satisfação e competência;
- b) existe uma boa comunicação com os clientes, sendo um serviço recomendado;
- c) na questão da fidelização, verifica-se que a CSSM-H é uma primeira escolha e uma escolha acertada, uma vez que disponibiliza o que se espera do serviço;
- d) o ato médico é de confiança, assim como a tecnologia que o profissional utiliza;
- e) sobre as influências externas na escolha do serviço (*vide* F5 - Tabela 30 e Gráfico 24; F2 - Tabela 31 e Gráfico 25), as informações são obtidas através de quem já vivenciou a experiência dos serviços da CSSM-H, mas também através da informação na internet;
- f) a relação custos/benefícios é equivalente aos preços de mercado, sendo que os clientes protocolados são mais influenciados, mas também os que consideram existir uma boa relação custo/benefício (*vide* F6 -Tabela 30 e Gráfico 24; F2 – Tabela 31 e Gráfico 25), verificando-se que a insatisfação (F5) é mais reduzida. A mesma evidência se verifica (*vide* Tabela 13 Escala de Análise de Atitudes) relativamente às Especialidades Médica – Consulta Externas.

Não obstante estes dados, há outras considerações que os resultados do estudo nos indicam, a saber: de entre os respondentes, 76,8% consideram ter vantagens no SMP 24h,

nomeadamente na poupança de tempo e na facilidade de acesso, cuja percentagem é de 67,4%, valorizando estes dois fatores em detrimento da questão financeira. Ora, estes dados corroboram o estudo já citado anteriormente²⁹³, ficando evidente que, na hora de optar, em situação de urgência e de emergência, o tempo de espera e a facilidade de acesso são condições essenciais na escolha das pessoas que recorrem aos serviços de saúde.

Taylor refere que a acessibilidade, o tempo de espera, a qualidade e a reputação dos médicos são condições determinantes na escolha dos serviços de saúde - do hospital²⁹⁴.

Por sua vez, debruçando-se sobre esta matéria, há autores²⁹⁵ que elencam os seguintes fatores como determinantes na escolha dos serviços de saúde, tais como:

- a) a qualidade do serviço;
- b) os custos;
- c) as condições económicas, sociais e culturais.

Outros autores²⁹⁶ acrescentam, ainda, a probabilidade de sucesso nas terapias e intervenções cirúrgicas, a relação entre o hospital e os médicos, e o cumprimento das normas.

O que determina o acesso aos cuidados de saúde – públicos ou privados - é a proximidade (influência a acessibilidade), a disponibilidade (a adequação dos serviços de saúde facilita ou pode condicionar o acesso aos cuidados de saúde), os custos (a despesa com os serviços de saúde, como consultas e exames médicos, pode dificultar a utilização

²⁹³ Eira, A.A. - *A Saúde em Portugal- A procura de cuidados de saúde privados*, op. cit., 2010..

²⁹⁴ Taylor, R.; Pringle, M.; Carol, C. - *Implications of Offering "Patient Choice" For Routine Adult Surgical Referrals*. Project Final Report, 2004.

²⁹⁵ Davoud, A.; Mohammad, P.; Ali, T., Hosein, A.; Ghorban, S. - Determinants of the choice of private hospitals by patients. *In HealthMED*, Vol. 7, (5), 2013, p. 1629-1623.

²⁹⁶ Coulter, A., Maistre, N.; Henderson, L. - *Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme*. op. cit., , p.1-100.

dos serviços de saúde e a sua qualidade). De referir que os custos podem ser suportados pela aquisição de seguros de saúde ou subsistemas de saúde – ADSE)²⁹⁷.

Em Portugal, o SNS está associado a um conjunto de obstáculos, nomeadamente os tempos de espera e de distância, as questões organizacionais e financeiras e as questões da qualidade da prática médica. Não admira, pois, que exista uma certa desconfiança relativamente à eficiência e à eficácia do SNS, tanto ao nível do diagnóstico, como da falta de especialidades médicas ou, até mesmo, à organização estrutural, tudo isto aliado aos custos dos serviços públicos de saúde, designadamente com o aumento das taxas moderadoras. Esta realidade tem vindo a influenciar as pessoas a recorrerem a seguros de saúde e a utilizarem os serviços de saúde privados, apesar de estes envolverem mais custos²⁹⁸, como é “demonstrável pelos dados estatísticos no setor privado de saúde, que provam anualmente o aumento de utilizadores do setor privado”²⁹⁹.

No que concerne à qualidade de atendimento dos serviços de clínica geral na CSSM-H, o atual trabalho aferiu que 31,6% a classificam de “muito bom” e 68,4% de “bom”.

Outro dado relevante é o acesso mais eficiente às convenções (16,7%) e a variedade de serviços e especialidades (17,6%). Estes resultados estão em concordância com outros estudos que apontam para a satisfação da utilização dos hospitais privados no atendimento de consulta de clínica geral, atingindo inclusive valores superiores, que variam entre o “muito bom” (24,8%) e o “bom” (48,1%).

No âmbito dos serviços e cuidados de saúde, o corpo clínico é um fator preponderante na escolha entre o SNS e os serviços privados de saúde. A esse respeito,

²⁹⁷ Furtado, C.; Pereira, J. - *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010.

²⁹⁸ Lopes, Â.F.S - Programa de avaliação e seleção de fornecedores em prestadores de cuidados de saúde: O caso Trofa Saúde. Faculdade de Ciências e Tecnologia. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2010.

²⁹⁹ Mendes, D. - Privados faturam 700 milhões com a saúde em 2009. *In Diário de Notícias*, 2010, p. 2. (1 de fevereiro).

Coulter³⁰⁰ e Varmaghani³⁰¹ referem que a imagem, a qualidade e a competência dos médicos constituem a base decisória dessa escolha. Os nossos resultados (*vide* Tabela 4 e Gráfico 5) vão ao encontro do que estes e outros autores afirmam, uma vez que corroboram que a experiência e a competência dos médicos, enfermeiros e técnicos que a CSSM-H disponibiliza são um fator preponderante no uso dos seus serviços, realçando, deste modo, que o ato médico é de confiança e de segurança para os clientes.

De acordo com Ribeiro³⁰², é um mito pensar que apenas os hospitais públicos prestam um bom serviço, merecendo destaque a qualidade dos privados, uma vez que os profissionais que neles trabalham exercem, frequentemente, funções em ambos os setores, sendo, por isso, assegurada a qualidade decorrente da mesma postura, dedicação e modo de atuação.

Também no estudo de Davoud³⁰³ os fatores relacionados com a qualidade do corpo clínico assumem relevância na escolha do hospital. Desses fatores, evidenciam-se a relação médico-doente; a competência do médico; a competência e experiência dos enfermeiros; e a boa conduta e disponibilidade dos profissionais.

O “*MORI Social Research Institute - 2004*”³⁰⁴ também concluiu que existem três fatores importantes na escolha do hospital: a reputação do estabelecimento, a distância hospital-casa e a reputação dos médicos.

A nossa investigação vem reiterar o que atrás se afirma, uma vez que, não só o nível de satisfação dos clientes sobre o SMP 24h e sobre as Especialidade Médicas – Consultas Externas, como também a experiência vivida nestes serviços da CSSM-H se

³⁰⁰ Coulter, A.; Maistre, N.; Henderson, L.- Patients experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme, p.1-100.

³⁰¹ Coulter, A.; Maistre, N.; Henderson, L.- Patients experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme, p.1-100.

³⁰² Ver: Ribeiro, J. M. - *Saúde – A liberdade de escolher*, 2009

³⁰³ Davoud, A.; Mohammad, P.; ALI, T., Hosein, A.; Ghorban, S. - *Determinants of the choice of private hospitals by patients, op. cit.*, p. 1629-1623.

³⁰⁴ Citado por Miller, L.; D. May - Patient choice in the NHS: How critical are facilities services in influencing patient choice? *In Facilities*, Vol. 24, (9/10), 2006, p. 354-364.

revelam de suma importância. Com efeito, os clientes têm uma boa opinião dos serviços prestados pela CSSM-H, não se verificando diferenças entre os clientes particulares e os protocolados. Este dado é muito importante, uma vez que evidencia a qualidade do corpo clínico, o reduzido tempo de espera e número de especialidades disponíveis.

Reforça-se, assim, a ideia de que apostar num corpo clínico competente é importante, constituindo um fator decisivo no momento de escolher entre a utilização de serviços e cuidados de saúde públicos e serviços e cuidados de saúde privados, facto em consonância com estudos que afirmam que a reputação dos médicos é essencial para a escolha dos utentes³⁰⁵.

Outra realidade incontornável é o facto de a experiência vivida nos serviços e cuidados de saúde ser de primordial importância na tomada de decisão. Autores como Miller³⁰⁶ evidenciam que a experiência que os clientes vivenciam, assim como as recomendações de amigos/familiares, tem relevância na escolha do tipo de cuidados de saúde. Também Jackson³⁰⁷ defende que experiências positivas em anteriores internamentos ou tratamentos é um fator determinante na escolha.

Na verdade, o ato de escolher é um valor essencial para qualquer ser humano, sendo “fundamental para uma sociedade moderna”³⁰⁸. A escolha responsabiliza, mas também liberta, no sentido de que quem escolhe responsabiliza-se pelas consequências (boas e menos boas) das suas escolhas, não só no imediato, mas também a médio e longo prazo.

³⁰⁵ Coulter, A.; Maistre, N.; Henderson, L. - *Patients experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme*, op. cit., p. 1-100

³⁰⁶ Miller, L.; May, D. - *Patient choice in the NHS: How critical are facilities services in influencing patient choice*, op. cit., p. 354-364.

³⁰⁷ Jackson, J. L.; Chamberlain, J.; Kroenke, K. - Predictions of patient satisfaction. *In Soc Scie Med*, Vol. 52, (4), 2001, p. 609-620.

³⁰⁸ Cf. Sakellarides, C. - Novo contrato social da saúde. Incluir pessoas. Lisboa: Diário de Bordo, 2009, p. 118.

Ora, no âmbito da saúde, o exercício de escolher é um dos mais sensíveis nas suas circunstâncias e consequências, sendo, por isso, necessário assegurar que a escolha é inteligente. Quando estas escolhas se traduzem no que anteriormente se disse, elas não só determinam a escolha pessoal, como também influenciam outras escolhas. Constituem dados importantes, na avaliação dos serviços e cuidados de saúde, a atenção para com o utilizador/cliente, a qualidade das infraestruturas e o tempo de espera, revestindo-se estas variáveis de enorme relevância na escolha do tipo de cuidados de saúde.

Ainda relativamente a estes fatores e à relevância que adquirem no momento da escolha dos serviços de saúde, há estudos³⁰⁹ que referem que o tempo de espera é importante e que a qualidade é o fator mais considerável na escolha dos serviços de saúde³¹⁰.

Neste exercício, estão associados valores que configuram o serviço de saúde; os serviços de cuidados das diferentes organizações de prestação de cuidados de saúde; os recursos financeiros e os aspetos sociais e culturais.

Como já tivemos ocasião de mencionar, alguns estudos³¹¹ demonstraram que as experiências vivenciadas pelos utentes, bem como as recomendações de amigos/familiares têm relevância na escolha do tipo de Cuidados de Saúde por parte dos utentes. Assim, a positividade das experiências passadas e as recomendações de amigos/familiares são fatores determinantes no tipo prestador de cuidados de saúde escolhido.

³⁰⁹ Coulter, A.; Maistre, N.; Henderson, L. - *Patients experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme*, op. cit., p. 1-100.

³¹⁰ Taylor, R.; Pringle, M.; Carol, C. - *Implications of Offering "Patient Choice" For Routine Adult Surgical Referrals*, op. cit., 2004.; Dixon, A., Robertson, R.; Appleby, J. - *Patient Choice: How patients choose and how providers respond*. The King's Fund, 2010, p. 1-215.

³¹¹ Miller, L.; May, D. - *Patient choice in the NHS: How critical are facilities services in influencing patient choice?* op. cit., p. 354-364.

Assim sendo, pode concluir-se que a perceção ética, quer do SMP 24h, quer das Especialidades Médicas/Consultas Externas, apresenta valores muito positivos, sendo mesmo o valor da insatisfação o mais reduzido (*vide* Tabela 18 e Gráfico 12; Tabela 19 e Gráfico 13).

Comprova-se, pois, que os princípios éticos e bioéticos referidos na parte (I) da presente dissertação constituem pilares norteadores do comportamento ético dos profissionais da CSSM-H.

Assim, quanto ao objetivo de determinar as dimensões do comportamento ético, verifica-se um comportamento ético que assenta no respeito pela dignidade da pessoa como um todo indissociável, destacando-se do individualismo que centra a pessoa em si mesma, para descentrá-la e abri-la à relação interpessoal.

Desta forma, os dados recolhidos com o presente trabalho referem e elucidam que, em primeiro lugar, está a pessoa como pessoa doente e “o primeiro ato é o da criação de laços pessoais, sociais e institucionais que, de acordo com os resultados, elencam um comportamento ético baseado na confiança, na competência, na comunicação, na fidelização, na satisfação, numa boa relação custo/benefício”.

Quanto ao objetivo de comparar as diferenças de perceção dos clientes particulares e protocolados, fica, assim, evidente que a perceção ética entre “Escala de Atitudes” para o SMP 24h e para as Especialidades Médicas/Consultas Externas é sempre mais positiva para os clientes protocolados do que para os clientes particulares não protocolados.

Se na perceção ética do SMP 24h as diferenças não são significativas (mas sempre superiores nos clientes protocolados), o mesmo não acontece para as Especialidades Médicas, em que a diferença é significativa entre clientes protocolados e particulares não

protocolados, assumindo, em todas as categorias, valores superiores nos clientes protocolados.

Como conclusão dos dados analisados, podemos afirmar que a percepção ética, no contexto geral, é a de que há mais satisfação para os que pagam menos e menos satisfação para os que pagam mais. De facto, os que pagam mais são os clientes particulares (não têm seguro), que representam 40% dos clientes que responderam ao inquérito apresentando um nível de insatisfação (SMP 24h e Especialidades Médicas/Consultas Externas) superior, facto que deve ser realçado e que nos leva a evidenciar esta insatisfação por parte dos que pagam mais.

Na verdade, numa relação clínica privada (bem como serviço público, claro está), é dever do médico informar a pessoa doente da terapêutica que lhe propõe, dos resultados e benefícios esperados, bem como dos custos associados. Esta informação deve ser clara, exata e leal, cabendo à pessoa doente fazer a ponderação pessoal entre os custos e os benefícios, avaliando se tem meios financeiros disponíveis para optar pela terapia apresentada e decidir.

Porém, de acordo com Daniel Serrão, “o risco moral de uma decisão baseada ou influenciada pelo benefício financeiro de efetuar um ato terapêutico, por vezes desadequado, é eticamente inaceitável quando se verifica que os resultados ou benefícios esperados são mínimos”³¹², provocando a insatisfação da pessoa doente (e familiares), na medida em que as expectativas geradas não se concretizaram.

Assim, relativamente ao verificado no atual trabalho relativamente à percepção da equidade e satisfação no acesso a cuidados de saúde na CSSM-H, o facto de o nível de insatisfação se reduzir aos clientes particulares (quer no SMP 24h, quer nas Especialidades Médicas/Consultas Externas) pode muito bem configurar este padrão,

³¹² Serrão, D. - *A ética médica e os custos dos cuidados de saúde*, op. cit., p. 155-161.

uma vez que a avaliação que fazem da satisfação do serviço prestado é menor do que desejariam.

De acordo com a análise dos dados, em virtude do elevado número de especialidades em comparação e da disparidade do número de elementos que responderam sobre cada especialidade, não se afigura ser relevante para este estudo realizar uma discussão de resultados, considerando-se apenas a descrição da análise comparativa realizada na apresentação dos dados.

CONCLUSÃO

Na reta final deste percurso, impõe-se uma reflexão, de carácter conclusivo, sobre a finalidade e concretização da nossa investigação, assim como dos objetivos a que nos propusemos responder, procurando, concomitantemente, elaborar uma síntese dos resultados e aferir o conseqüente significado que os dados nos revelaram.

A nossa análise foi sustentada pela vasta literatura a que acedemos, no sentido de suportar, crítica e fundamentadamente, as conclusões a que se chegou no presente estudo. De igual forma, serão elencadas as implicações e as limitações do estudo, procedendo-se à sugestão de propostas que se julgam pertinentes.

Devemos confessar que sentimos, de facto, uma grande motivação e incentivo para a realização da nossa investigação sobre esta área tão essencial e atual como é o acesso a cuidados de saúde no setor privado. Acresce que esta motivação se revestiu de um valor redobrado, uma vez que para a nossa atividade profissional – enquanto gestores de numa unidade de saúde, CSSM-H –, os resultados do presente trabalho de investigação científica permitirão elaborar considerações concretas no âmbito dos objetivos a que nos propusemos, tendo em vista uma gestão mais equitativa do acesso a tratamentos na CSSM-H.

Na verdade, a CSSM-H constitui uma parte significativa do tempo que dedicamos ao nosso tempo. Assim, enquanto gestores, aqui oferecemos o produto da nossa reflexão sobre a matéria em apreço e que coincide, em grande parte, com a nossa vivência e preocupação com a criação de um serviço de cuidados de saúde que se quer mais justo e mais equitativo.

Creemos, também, que os benefícios que colhemos deste estudo podem ser transversais a outras realidades hospitalares do setor privado e constituir fonte de reflexão

para o setor público, na medida em que consideramos que esta investigação, como caso de estudo, se reveste de um valor social e científico. Com efeito, possui um valor ético e bioético que não se reduz a uma repetição do que já foi antes demonstrado, precisamente porque, ficando a sua atenção numa entidade hospitalar, corresponde a um estudo único, nunca realizado, e, cujos resultados são de grande valor para a CSSM-H, mas que podem ser replicados em outros casos de estudo análogos.

Os resultados da investigação a que se chegou correspondem a dados obtidos através de utilizadores/clientes da CSSM-H. Estes contribuíram para a consecução dos objetivos previamente definidos, tendo sido possível verificar se os mesmos corroboram ou não outros estudos sobre a matéria. De facto, ao efetuar a análise crítica dos resultados, deparámo-nos com convergências, mas igualmente divergências com a realidade dos autores e artigos consultados.

As evidências que surgem deste estudo abrem novas possibilidades para futuros trabalhos de investigação, trabalhos que consideramos de grande importância e que daremos nota no último ponto desta conclusão.

Fazendo uma retrospectiva sintética, iniciámos este estudo com uma reflexão sobre ética e bioética, e concluímos que a função da bioética, nos cuidados de saúde e na gestão das unidades de saúde, é, pois, a de garantir a *eticidade* das nossas ações ou do nosso agir, baseados na reflexão dos princípios e valores éticos, na tentativa determinada de os aplicar na prática clínica ou na gestão das instituições, de modo justo e equitativo, por forma a evitar o “utilitarismo” das decisões.

Na realidade, na sociedade em que vivemos e no setor da saúde em particular, a visão utilitarista parece tomar precedência sobre a perspetiva personalista e humanista. No entanto, os resultados do nosso estudo fornecem-nos dados que apontam para: uma valorização da ética personalista e de responsabilidade dos cuidados de saúde; a

existência de uma “boa” e “muito boa” avaliação da satisfação global, por parte dos clientes/utentes, acerca do comportamento dos profissionais da CSSM-H; a qualidade do serviço prestado; e a excelente organização hospitalar, no que diz respeito ao atendimento pessoal e à prática de cuidados médicos integrais humanizados.

Como sabemos, um dos grandes objetivos da Política de Saúde em Portugal consiste em criar condições de igualdade de acesso aos cuidados de saúde, por parte de todos os cidadãos. O SNS tem, assim, como objetivo prioritário o de garantir a equidade de acesso a cuidados de saúde para todos, no sentido de reduzir ou eliminar as desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras iniquidades no acesso a cuidados de saúde.

Centrando-nos no setor privado, do estudo que apresentamos, no que diz respeito a constrangimentos económicos, ficou claro que os mesmos existem para clientes não protocolados, o que significa a existência de uma barreira financeira³¹³, devendo esta ser merecedora da nossa maior atenção, assumindo como imperativo ético a sua superação, para que o acesso aos serviços e cuidados de saúde na CSSM-H possa vir a revestir-se da justiça e da equidade que tanto almejamos, uma vez que entendemos que nenhuma pessoa deve ficar para trás no acesso a cuidados de saúde por falta de recursos económicos³¹⁴.

É claro que o setor privado de saúde, como organização empresarial, tem carácter lucrativo. A gestão dos serviços médicos e assistenciais nele prestados tem em vista a rentabilização do investimento dos acionistas. No entanto, não pretende descurar o investimento e a inovação dos serviços e dos recursos humanos, não se podendo dissociar qualquer um destes fatores.

³¹³ Ver: Nunes, R.; Rego, G. - Prioridades na Saúde. Porto: McGraw-Hill, 2002.

³¹⁴ Cf. Whitehead, M.; Dahlgren G. - Políticas e Estratégias para Promover a Equidade Social na Saúde. Estocolmo. Institute for Futures Studies, 1991.

Se é verdade que a saúde não tem preço (pois a saúde de qualquer pessoa é um bem superior), também não é menos verdade que a saúde aporta custos (pois é necessário garantir a qualidade dos serviços e da inovação médica e clínica). Por isso, é fundamental encontrar uma nova estrutura de contrato social da saúde que promova o acesso mais justo e mais equitativo, para que a pessoa doente, protocolada ou não, não se veja limitada por questões financeiras de recorrer ao setor privado, quando o setor público não responde com eficiência e eficácia à sua situação concreta, nomeadamente, no que se reporta aos tempos de espera, à acessibilidade e, mesmo, à qualidade dos serviços.

Sempre que uma pessoa doente não protocolada procura um serviço de saúde privado, preterindo o público, certamente que não o faz porque não acredita no SNS, mas porque não obteve aí uma resposta atempada ou porque tem dúvidas quanto à competência na especialidade médica de que necessita.

Por outro lado, alguns autores³¹⁵ consideram como negativo, no setor privado, a concentração excessiva na eficiência e eficácia com que os serviços são prestados, seguindo modelos de gestão económica empresarial, em prejuízo de aspetos relacionais próprios da boa prática médica, com influência na qualidade destes serviços. Outros consideram que se trata de serviços mercantilizados, porque o setor privado da saúde evita integrar plataformas negociadas de equilíbrio entre os objetivos estritamente económicos e a consolidação e desenvolvimento do contrato social da saúde, apelidando-os de competidores e não de parceiros.

Ora, o nosso estudo vem revelar que, não obstante a existência de constrangimentos económicos, o nível de satisfação pelos serviços e cuidados de saúde prestados nesta organização do setor privado é elevado.

³¹⁵ Sakellarides, C. - *Novo contrato social da saúde: incluir pessoas, op.cit.*, p. 157.

A incapacidade do Estado em promover um serviço de saúde de qualidade provocou o aumento da procura pelo setor privado³¹⁶, que muito bem tem sabido corresponder às exigências de um público cada vez mais informado, mas também mais exigente.

Daqui podemos concluir que a eficiência e a eficácia dos serviços, numa perspectiva de gestão da saúde de base empresarial, não é um mal em si. Isto é, se orientada para a pessoa, a eficiência resulta no atendimento rápido e com tempo de espera diminuto, quer a nível de diagnóstico, quer a nível de tratamento. A eficácia apresenta-se como corolário de uma boa ou muito boa prestação de cuidados cujo resultado foi benéfico para a pessoa doente. Acrescente-se, ainda, que só há boa prática médica – a medicina ou enfermagem de excelência -, quando estes dois vetores confluem e não conflituam entre si.

A eficiência, no nosso entender, não pode ser apenas medida pelo seu carácter económico e de produção de serviços, ela é também avaliada ao nível do relacionamento humano, pois, quando existe uma boa relação interpessoal com a pessoa doente e entre pares, o resultado final só pode ser bom ou muito bom, só pode ser eficaz.

Conforme consta deste estudo, a amostra de clientes da CSSM-H avalia os serviços e cuidados prestados com as menções de “bom” e “muito bom”, prova de que eficiência e a eficácia confluem e não conflituam.

No setor privado da saúde, como é o caso da CSSM-H, os serviços prestados são de elevadíssima qualidade e não combatem o SNS, apenas o complementam, suprimindo algumas carências. O essencial é fomentar uma boa articulação entre as necessidades e as vantagens da proximidade das instituições de saúde privadas. No caso concreto da CSSM-H, são de destacar a sua identidade histórica, cultural e afetiva, devendo esta entidade (e

³¹⁶ Tountas, Y.; Karnaki, P.; Pavi, E.; Souliotis, K. - The unexpected growth of the private health sector in Greece. In Health Policy, Vol. 74, 2005.

outras) ser encarada como parceira no bem-estar comum e um importante recurso na capacidade de responder de uma forma atempada à população que serve e pode servir.

Neste contexto, consideramos que, na CSSM-H, se promove a verdadeira equidade, seja vertical ou horizontal (equidade vertical: tratamento preferencial para cuidados de saúde diferenciados; equidade horizontal: tratamento igual para necessidades equivalentes³¹⁷). Vertical, no sentido em que se atende e trata o diferente como diferente; horizontal, no que se refere a tratamento igual entre iguais, sendo que esta última é mais evidenciada na literatura, por se considerar que todos os cidadãos deverão poder aceder, de igual modo, com igual custo e igual tempo de espera, aos mesmos cuidados de saúde.

Coloca-se, e então, a questão de saber como articular a equidade horizontal com a equidade vertical? A equidade horizontal só se aplica, na sua essência, se, na verdade, o SNS tiver disponibilidade de recursos técnicos, médicos e humanos para atender, de igual forma, todos as pessoas doentes. Ora, infelizmente, é de fácil constatação que o SNS, conforme o conhecemos, não tem capacidade para tal.

Na nossa perspetiva, e de acordo com os dados do nosso estudo, os clientes/utentes não protocolados não recorrem à CSSM-H tantas vezes como provavelmente gostariam, em virtude da existência de constrangimentos económicos, o que se traduz numa iniquidade. É nosso modesto entendimento que, para minimizar ou reduzir esta iniquidade, o Sistema de Saúde, através dos órgãos competentes, deveria promover a liberalização de subsistemas de saúde para todos os portugueses, independentemente da sua relação laboral com o Estado ou não.

Tal liberalização proporcionaria o aumento da adesão dos contribuintes aos subsistemas de saúde, facilitando, assim, a possibilidade de escolha entre os cuidados de saúde públicos e privados.

³¹⁷Macinko J.; Starfield, B. - International Journal of Equity on Health. In *BioMed Central*. I:1, 2002.; Ver: Mooney, G. - *The Economics of Health Equity*. Cambridge: University Press, Di McIntyre, 2009.

Desta forma, perante este cenário realista e exequível, existindo a possibilidade de mais contribuintes recorrerem ao setor privado da saúde, diminuir-se-ia a pressão do setor público, desafogando os serviços e, conseqüentemente, diminuindo o do tempo de espera das consultas e das intervenções cirúrgicas, promovendo-se, de facto, a equidade horizontal, no sentido de dar a todos, segundo a sua necessidade e situação concreta. Por conseguinte, também se asseguraria mais facilmente a equidade vertical, porque, ao existir uma boa articulação entre estes dois setores da saúde, haveria maior possibilidade de tratar o diferente como diferente, quer no público, quer no privado.

Atenção que tal posicionamento não decorre da assunção de uma perspetiva discriminatória para pessoas economicamente mais vulneráveis. Não é, de todo, nossa pretensão, criar um serviço de saúde para os mais desfavorecidos social e economicamente, e outro para classes financeiramente mais desafogadas, até porque esta clivagem social e económica, malgradamente, já existe e sempre existiu. O modelo do novo contrato social que ora propomos é precisamente para combater esta realidade antagónica. A nossa perspetiva assenta numa discriminação, sim, mas positiva, visto que pretende atingir, de forma efetiva, a equidade no acesso a serviços e cuidados de saúde, quer públicos, quer privados.

Quanto mais disponibilidade existir no SNS e quanto mais contribuintes aderirem aos subsistemas de saúde, mais o SNS é justo e equitativo, porque pode atender situações iguais como iguais e diferentes como diferentes. Muitos milhões de portugueses seriam beneficiados no setor público, porque, mesmo com condições financeiras reduzidas, seriam atendidos atempadamente e com acesso aos cuidados necessários; e, por sua vez, para os portugueses que aderissem a subsistemas de saúde, haveria benefícios, uma vez que o constrangimento financeiro não seria um fator determinante no acesso a tratamentos no privado.

Isto é, quem pode ter um subsistema de saúde, pode continuar a recorrer ao SNS, usufruindo, igualmente, da possibilidade de se socorrer do setor privado; quem não pode usufruir de um seguro ou de um subsistema, ou ainda se a condição económica não permite recorrer ao setor privado, possui a garantia de um SNS mais eficiente e mais eficaz, e, porque mais liberto e com menos pressão, mais justo e mais equitativo.

Sustentamos esta posição nos resultados deste estudo, do qual ressalta a divergência entre clientes protocolados e particulares não protocolados, sendo evidente que a maioria se considera satisfeita com os serviços e cuidados de saúde prestados pela CSSM-H.

Mais de metade dos participantes possui seguro (ou é aderente a um subsistema de saúde ou de seguro privado), utilizando frequentemente os SMP 24h e as Consultas Externas/Especialidades Médicas. Estes clientes tendem, como verificado por Eira, a usufruir de rendimentos mais elevados, o que contribui, obviamente, para o crescimento e desenvolvimento do setor privado da saúde³¹⁸.

Os clientes preferem os serviços de cuidados de saúde prestados na CSSM-H, principalmente, por considerarem que estes são de fácil acesso, envolvendo um tempo de espera reduzido, respostas rápidas, qualidade do serviço e da equipa médica, assim como todo um conjunto de profissionais competentes.

Estas são características fundamentais que são bem avaliadas pelos participantes neste estudo, pelo que a escolha da CSSM-H assenta no “conhecimento da qualidade do corpo clínico, no tempo de espera e na variedade de exames disponíveis, porque estes são indispensáveis na determinação da escolha, e a reputação dos médicos é essencial para essa escolha”³¹⁹. A nossa investigação demonstra que os clientes têm elevada confiança

³¹⁸ DELOITTE Touche Tohmatsu Limited. *Saúde em análise - Uma visão para o futuro*, op. cit., 2011.

³¹⁹ Coulter, A.; Maistre, N.; Henderson, L. - *Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme*, op. cit., p.1-100.

nos serviços e cuidados de saúde providenciados pela CSSM-H, confirmando o que os autores anteriormente citados afirmam, quanto aos determinantes na escolha dos cuidados de saúde.

Defendemos que quanto mais eficiente e eficaz for o SNS, mais confiança e satisfação gerará nas pessoas doentes e mais promove o direito à saúde e o respeito pela dignidade humana, bem como a igualdade de oportunidades, independentemente das condições sociais, económicas e culturais³²⁰. Trata-se de um dever moral fundamental do Estado. Contudo, é igualmente um direito fundamental e, enquanto tal, há um dever moral que obriga o cidadão autónomo e livre a promover a saúde.³²¹

Claro está que eficácia e eficiência só são conseguidas havendo uma diminuição do tempo de espera, quer das consultas e exames, quer das intervenções cirúrgicas. Ao ser aplicado o conceito de um novo contrato social em saúde, que privilegie o alargamento de subsistemas de saúde a todos os portugueses, o setor privado beneficiará, certamente, de um aumento de clientes, contribuindo, assim, para a disponibilidade efetiva do SNS, no sentido de corrigir obstáculos e garantir o acesso a cuidados de saúde, em tempo útil e para todos os que a ele recorrem.

Confrontados com o objetivo de perceber se há ou não satisfação e equidade no acesso a tratamentos na CSSM-H, concluímos que, de facto, o acesso não é equitativo do ponto vista económico, embora os clientes/utentes evidenciem satisfação nos cuidados e serviços aí prestados.

Acreditamos ser possível garantir a equidade no acesso a tratamentos por parte de todos os clientes/utentes, se apontarmos como premissa o aumento da extensão de subsistemas de saúde à maioria dos portugueses (o não acesso a estes subsistemas já

³²⁰ CONVENÇÃO SOBRE O DIREITO DO HOMEM E DA BIOMEDICINA, 1997.

³²¹ Art.º 64.º CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA,

confere uma iniquidade nacional), facto que, por esta via, implicaria que mais portugueses pudessem recorrer ao setor privado da saúde com mais frequência.

O atual momento “pandémico” mostrou a necessidade de uma articulação que vá neste sentido. Por exemplo, os partidos de esquerda (Bloco de Esquerda e Partido Comunista Português) exigiram, em período de Estado de Emergência, a disponibilidade do setor privado da saúde para ajudar no combate à pandemia, o que significa, por parte destes partidos, o reconhecimento do setor privado da saúde e sua importância. Fica, assim, evidente a necessidade de um plano nacional que promova um novo contrato social da saúde onde ninguém fique excluído do acesso a tratamentos, quer seja no público, quer seja no privado.

No âmbito da gestão económica e financeira, podemos concluir que os critérios para que um hospital seja considerado bom e muito bom pelos clientes se traduzem na consonância entre o que os clientes esperam do hospital que escolhem e o que efetivamente esse hospital lhes proporciona, verificando-se que os aspetos identificados como mais importantes para os clientes se prendem com a relação entre o custo e o benefício.

Também no contexto relacional que se estabelece entre a CSSM-H e os clientes/utentes, salienta-se o sentido ético que norteia os profissionais de saúde que exercem a sua atividade nesta unidade de saúde. A excelência clínica e a humanização dos cuidados de saúde (fundamentais em termos de justiça e equidade, confiança, competência técnica e relacional, satisfação, custo-benefício), suportes da garantia de um acesso de qualidade aos serviços de saúde, conforme evidenciado nos resultados deste estudo, conferem ampla satisfação aos nossos clientes/utentes.

É de realçar que a organização CSSM-H decidiu olhar a pessoa doente não apenas como utente, mas também como cliente, de forma a satisfazê-la e não simplesmente a

atendê-la, responsabilizando-a, em certa medida, pela escolha que faz em ser cliente da nossa organização. Isto que significa que tal opção não segue apenas o critério médico (sendo este indispensável), mas contempla também outros aspetos que têm a ver com a informação fornecida no momento da aquisição dos serviços de cuidados saúde e os fatores influenciadores da decisão. Como já tivemos ocasião de referir, o utente particular (ou protocolado) é também cliente e, por isso, um agente ativo no processo de tomada de decisão e avaliação dos serviços prestados, assumindo responsabilidades na sua escolha e decisão, não só clínica, mas também económica. Com esta perspetiva, espera-se que a satisfação aumente, pois, ao formalizar ou ao contratualizar a prestação de serviços, o cliente/utente sabe aquilo com que pode contar e até onde pode avançar na escolha de tratamentos a seguir, segundo as suas necessidades e circunstâncias.

Estar ao lado de quem necessita de cuidados é uma exigência ética e bioética decorrente do respeito pela dignidade humana. A dignidade humana é o ponto-chave de todos os demais princípios bioéticos aplicados às atividades biomédicas e aos cuidados de saúde, encontrando-se expressa nos principais documentos nacionais e internacionais.

A CSSM-H, pelos resultados aqui expostos, afirma a sua conduta ética baseada no valor da vida e na dignidade humana, esta que gera um dever de respeito total pela pessoa, o qual é consequência da própria dignidade e da autonomia numa relação causa e efeito.³²²

³²² Andorno. R. – Dignidade Humana. In Enciclopedia de Biorieito y Bieética. Tomo I. (Diretor Carlos Casabona). Granada: Editorial Comares, 2011, p. 658-663.

Propostas:

1. Os dados recolhidos na presente investigação demonstram que o acesso aos cuidados de saúde não é equitativo, do ponto de vista da disponibilidade financeira, para todos os clientes/utentes da CSSM-H.

Assim, com vista à eliminação desta iniquidade, propomos:

- i) Um paradigma inovador, baseado num novo contrato social em saúde (misto), capaz de favorecer e proteger as pessoas mais necessitadas e mais desfavorecidas economicamente, permitindo-lhes o acesso aos cuidados de saúde, em tempo útil, segundo as suas necessidades;
- ii) Um mercado de apólices dos seguros que opere com clareza nos critérios de adesão. Critérios transparentes, transversais e competitivos, que tornem a adesão acessível a todas as pessoas que tenham disponibilidade financeira. De igual forma, impõe-se a revisão de tabelas, tanto na ADSE, como nos seguros privados, para que as pessoas que assim o desejarem possam ser protocoladas, uma vez que uma das conclusões do nosso estudo evidencia que são os clientes protocolados quem mais recorre ao SMP 24 h Urgências e às Consultas Externas/Especialidades Médicas CSSM;
- iii) A construção de uma convenção adequada, completa e sustentável com o setor privado da saúde que garanta a transparência contratual e a neutralidade concorrencial, excluindo condições discriminatórias e reconhecendo os imperativos de coesão territorial, a fim de garantir serviços de proximidade aos beneficiários;

- iv) A congregação de esforços, no sentido de aumentar o número de pessoas protocoladas. Nos dados do nosso estudo constata-se que, em 808 pessoas inquiridas na CSSM-H, 59,9 % são protocoladas e recorrem aos serviços privados de saúde. Ora, se compararmos estes valores com os dados existentes a nível nacional (contemplando também Açores e Madeira) até 2019 (conforme ficou demonstrado na discussão dos resultados), constatamos que 2.700.000 pessoas em Portugal são protocoladas, o que representa sensivelmente 27% da população, percentagem que, de acordo com a nossa proposta, pode ser mais elevada;
- v) Esta mudança de paradigma – um novo contrato social em saúde - levará a que as pessoas mais necessitadas, que não têm mesmo possibilidade de usufruir de qualquer protocolo, sejam atendidas nos Hospitais Públicos atempadamente e de acordo com as suas necessidades;
- vi) Na qualidade de economistas e partilhando da visão do atual Presidente da Associação Portuguesa da Hospitalização Privada (APHP), Óscar Gaspar, consideramos que é importante que Portugal cresça económica e socialmente e se torne uma pérola apetecível no centro da Europa, tanto a nível empresarial como a nível da saúde. A saúde deve ser vista como fonte de inovação, como investimento no bem-estar das pessoas e no aumento do capital social do país. Para isso, todos os atores (Hospitais Públicos - SNS- e Hospitais Privados) deverão envolver-se afincadamente neste desafio, encarando-o como diferenciador e potenciador de uma melhor qualidade no atendimento da doença, logo de uma melhor saúde e de uma melhor qualidade de vida. Para que tal aconteça, é imperioso afastar qualquer envolvimento de ideologias políticas, promovendo uma

ação conjunta concertada, cujo único objetivo (deveras nobre, diga-se) é alcançar a Equidade Social na Saúde.

2. Ficou igualmente evidente no estudo efetuado que há mais satisfação por parte dos que pagam menos do que pelos que pagam mais, concluindo-se da necessidade de:

i) Promover o incentivo ao acesso dos portugueses, que desejarem e tiverem possibilidades económicas, a subsistemas de saúde, aumentando, por esta via, a satisfação dos clientes/utentes não protocolados que atualmente se veem impedidos de a eles recorrer (o estudo indica que os não protocolados revelam menor satisfação, porque pagam mais e não pela qualidade dos cuidados de saúde que se lhe oferecem).

3. Outro dado relevante que se provou é que a perceção que os clientes têm dos serviços de cuidados de saúde da CSSM-H é boa ou muito boa, o que indica que os clientes/utentes avaliam positivamente a qualidade dos serviços de saúde que aí se praticam. Daqui se conclui que a escolha da CSSM-H resulta do conhecimento da qualidade dos serviços prestados e da fácil acessibilidade, bem como da confiança que os clientes/utentes têm na competência clínica dos profissionais de saúde, pelo que se considera fundamental:

i) Implementar medidas de justiça social e de igualdade de oportunidades conducentes à possibilidade de escolher os serviços de saúde nos quais sentem mais confiança. Ora, o aumento de utentes/clientes protocolados, segundo o modelo de contrato social que defendemos, permite desafogar

os hospitais públicos, ficando estes mais disponíveis para atender as pessoas doentes, sejam elas protocoladas ou não, e promovendo o acesso justo e equitativo a todas as pessoas, sobretudo às mais desfavorecidas social e economicamente, porque, mais aliviados e menos saturados, melhoram o atendimento, tornando-o mais eficiente e mais eficaz, logo, mais equitativo.

4. Também a percepção do comportamento ético é avaliada com níveis superiores, o que significa que a CSSM-H deve:

- i) Manter a otimização dos seus recursos humanos/profissionais de saúde na prestação de cuidados de saúde, assegurando a competência ética/bioética e técnica catalisadora de cuidados humanizados;
- ii) Continuar a investir no incentivo à promoção de um modelo de gestão clínica (e económica) não alheado da busca permanente da equidade no acesso aos cuidados de saúde, através da aposta na sua eficiência técnica, de maneira a potenciar a eficácia dos resultados dos cuidados e a melhorar a percepção positiva dos clientes/utentes acerca do comportamento ético;
- iii) Afirmar os valores éticos e um humanismo personalista como qualidade ética e credibilidade da organização, cuja base de orientação se evidencia a partir de uma filosofia para a qualidade total e na qual todos os colaboradores são desafiados para o compromisso ético, moral e legal, encontrando-se ancorados em qualidades humanas - competência, empenhamento, inovação, entrega, confiança - como referencial de excelência;

- iv) Promover o estudo da ética do agir humano, concebida como única evidência da coerência entre a atuação e os princípios e valores éticos e morais universais, reconhecidos e aceites por cada um, existente no comportamento ético dos profissionais de saúde, com vista a garantir e assegurar uma relação de qualidade profissional de saúde-pessoa doente, procurando, concomitantemente, consolidar a boa percepção dos clientes/utentes e da sua fidelização à CSSM-H.

BIBLIOGRAFIA

ANASTASI, A. - *Psychological testing*. New York: McMillan, 1990.

ANDORNO; R. - *Bioética y dignidade de la persona*. 2.^a Edição. Versión española ampliada y actualizada del texto original en francés: *La bioéthique et la dignité de la personne*. Paris: Presses Universitaires de France, 1997.

ANDORNO, R. - *La dignidade humana como fundamento de la bioética y de los derechos humanos em n la Declaracion Universal*. Gors Espill Héctor, Gomez Sanchez Ylonda (Coord.) In *La Declaração Universal sobre Bioética e Direito Humanos*, 2006, p. 253-270.

ANDORNO. R. – *Dignidade Humana*. In *Enciclopedia de Biorieito y Bieética*. Tomo I. (Diretor Carlos Casabona). Granada: Editorial Comares, 2011, p. 658-663.

ANUNCIÇÃO, A. L; ZOBOLI, E. - Hospital: valores éticos que expressam sua missão. In *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2008, 54 (6).

ARCHER, L. - Fundamentos e princípios. In *Bioética*. (coord. Luis Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald). Porto: Editorial Verbo, 1996.

ARCHER, L. - *Da genética à bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2006.

ARCHER, L. - Novos problemas da engenharia genética. *Obra Seletcta*. Vol III. *Bioética (1980-1997)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2017.

ARISTÓTELES - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

ARNAUD; A.; SEMEDO, - *Salvar o SNS: uma nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*. Porto: Porto Editora, 2017.

BAGO D'UVA, T., JONES, A.; VAN DOORSLAE, E. - Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European Panel data. In *Journal of Health Economics*, Vol. 28, (2), 2009.

BAYERTZ, K. – Voz “Menschendw” Ürde. (trad. Espanhol). In *Hans-Jörg Sandarkühler (Coord.) Ezyklopädie Philosophie*. Hamburgo. F. Meiner, 1999

BARROS, P. - *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina, 2009.

BARROS, P. P.; SIMÕES, J. A. - Portugal: Health System Review. In *Health Systems in Transition*. Vol. 9, (5), 2007.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. - *Pirinciples of Biomedical Ethics*. 1^a Ed., Nova York: Oxford University Press, 1979.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. - *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

BEYLEVED, D.; BROWNSWORD, R. – *Human dignity in bioethics and biolaw*. Oxofor: Oxoford University Press, 2002.

BENTO XVI - *A Luz do mundo. O Papa, a Igreja e os sinais dos tempos: Uma conversa com Peter Seewald*. Cascais: Principia Editora, 2010.

BERLINGUER, G. - *Globalização, Equidade e Saúde*. II Fórum Regional de Saúde do Algarve. Escola Superior de Saúde de Faro, 2008, (29 de maio).

CAMPOS, A. C. - *Reformas da Saúde – o fio condutor*. Coimbra: Almedina, 2008.

CAMPOS, L., BORGES, M., PORTUGAL, R. - *Governança dos hospitais*. Lisboa: casa das letras, 1ª edição, ISBN:978-972-46-1930-9., 2009.

CHANG, W-C - The meaning and goals of equity in health. *In Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 56, 2002.

CHEWNING, B.; SLEATH, B. - Medication decision-making and management: A client-centered model. *In Social Science and Medicine*. Vol. 42 (3). 1996. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00156-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00156-5).

COELHO I.B. - Democracy Without equity: analysis of health reform and nineteen years of National Health System in Brasil. *In Ciência. Saúde colectiva*. Vol. 15 (1), 2010.

CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE - *Recomendações para uma reforma do sistema de saúde*. (coord. Daniel Serrão). Lisboa: Edição do Ministério da Saúde, 1998.

COULTER, A., MAISTRE, N.; HENDERSON, L. - *Patients experience of choosing where to undergo surgical treatment: Evaluation of London Patient Choice Scheme*. Picker Institute, 2005.

COUTINHO, V. – *Bioética e teologia: que paradigma de interação?* Coimbra: Gráfica de Coimbra

CREEL, L. C.; SASS, J. V.; YINGER, N. V. - Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care. *In New Perspectives on Quality of Care*. Vol. 2 (2), 2002.

CRONIN, J. J.; TAYLOR, S. A. - SERVPERF versus SERVQUAL: and Reconciling of Service Measurement Perceptions Quality. *Journal of Marketing*. Vol. 58 (1), 1994. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1252256> (acedido em fevereiro 2020).

CRUZ, V. M. R - *Relacionando Qualidade dos Serviços, Satisfação e Intenções comportamentais: o caso do Sistema de saúde público de Cabo Verde*. Universidade da Beira Interior. (2018) Disponível em: http://purl.org/coar/access_right/c_abf2

CULYER, J. - Equity – some theory and its policy implications. *In Journal of Medical Ethics, London.* 27, 2001.

CUNHA; M. - *El Método de la Frontera. Salamanca:* Ediciones de la Universidad, 2007.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. - *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part I and Part II.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

DANIELS, N. - *Justice and justification. Reflective equilibrium in theory and practice.* Boston: Cambridge University Press, 1996.

DANIELS, N. - *Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? A Companion to Bioethics.* Blackwell Companions to Philosophy, Helga Kuhse and Peter Singer (Editors), Oxford: Blackwell Publishers, 1998.

DAVOUD, A.; MOHAMMAD, P.; ALI, T.; HOSEIN, A.; GHORBAN, S. - Determinants of the choice of private hospitals by patients. *In HealthMED.* Vol. 7, (5), 2013

DELOITTE Touche Tohmatsu Limited. - *Saúde em análise - Uma visão para o futuro.* Lisboa: Deloitte Consultores, S. A., 2011.

DESLANDES, F. S. - Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *In Ciência e Saúde Coletiva.* Vol. 9 (1), 2004.

DEVELLIS, R.F. - *Scale Development. Theory and applications.* London: Sage Publications, 1991. Disponível em: www.portaldasaude.pt. Acesso em abril de 2020.

DIXON, A., ROBERTSON, R.; APPLEBY, J. - *Patient Choice: How patients choose and how providers respond.* The King's Fund, 2010.

EIRA, A.A. - *A Saúde em Portugal - A procura de cuidados de saúde privados.* Tese de Mestrado em Economia, Faculdade de Economia do Porto, 2010..

EMANUEL, E. - *Justice and managed care: Four principles for the just allocation of health care resources.* Hastings Center Report, 2000, (may/june).

ENTRALGO, P. L. - *Corpo e alma.* Coimbra: Almedina, 2003.

FERREIRA, P. L., *et al* - Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *In Revista Portuguesa de Saúde Pública;* Volume temático: 2, 2001.

FORTES, C. - Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *In Cadernos de Saúde Pública,* Vol. 24. (3), 2008.

- FORTIM, M. F.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Trad. Nídia Salgueiro; Rev. técnica Carlos Ferreira. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FURTADO, C.; J. PEREIRA - *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010.
- GIRALDES M. R. - Equidade em Áreas Socioeconómicas com Impacto na Saúde em Países da União Europeia. *In Cadernos de Saúde Pública*. Vol.17, (3), 2001.
- GIRALDES, M. - Distribuição de Recursos num Sistema de Saúde Público. *In Análise social*. Vol. XXIV (101-102), 1998.
- GIRALDES, M. - Avaliação do SNS em Portugal: equidade versus eficiência. *In Revista portuguesa da saúde pública*. Vol. 23, (2), 2005.
- GOMES; C. C. - *O pensamento bioético em Daniel Serrão: Génese e fio condutor*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2013.
- GRACIA, D. - *Fundamentos da Bioética*. Madrid: Eudema, 1998.
- GRANDE DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. (2001). Porto: Porto Editora
- GORS ESPILL HÉCTOR, GOMEZ SANCHEZ YLONDA (Coord.) *In La Declaração Universal sobre Bioética e Direito Humanos*, 2006.
- GROL, R., *et al.* — Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *In British Journal of General Practice*. 50, 2000.
- GROVE, SK, BURNS, N. e Gray, J. - *The Practice of Nursing Research. Avaliação, Síntese e Geração de Provas*. Elsevier, Saunders, 2012.
- GUADAGNOLI, E. ; WARD, P. — Patient participation in decision making. *Social Science and Medicine*. 47,1998.
- HABERMAS, J. - *Teoria e Passi nella società tecnologica*. Bari: Laterza, 1978.
- HAIR, J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W. - *Multivariate Data: Analysis with readings*. New Jersey: Prentice-Hall, 1995.
- HALASA, Y.; A.K. NANDAKUMAR - *Factors determining choice of health care provider in Jordan*. Eastern Mediterranean Health Journal. Vol. 15, (4), 2009.
- HILL, M.; HILL, A. - *Investigação por questionário*. (2a ed.). Lisboa: Sílabo, 2002.
- HUMBER, J.; ALMEDER, R. - Allocating health care resources. *In Biomedical Ethical Review*. New Jersey: Humana Press, 1995.
- IANDOLO C. – Ética Clínica e Bioética. *In Giornale Italiano de Formazione Permanente del Medico*, 15 (2), 1987, p. 88-103.

INFORME BELMOLT – Texto traduzido pela National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, EE, UU, 1978. (Trad. Espanhol Couceiro Azucena). In *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastel, 1999, p. 313-324.

JACKSON, J. L.; CHAMBERLAIN, J.; KROENKE, K. - Predictions of patient satisfaction. In *Soc Scie Med*. Vol. 52, (4), 2001.

JANATTI, A.; BAHRAMI, M. A.; GHOLIZADEH, M.; ALIZADEH, L.; KHODAYARI, M. T. - A Survey of Factors Affecting Patients' Decision in Selecting Governmental and Private Hospitals in Tabriz, Iran. In *Journal of Tourism Research & Hospitality*. Vol. 2, (1), 2013.

JOÃO PAULO II - *Carta Encíclica Esplendor da Verdade*, n.º 46, 1996.

JONES, A.M.; KOOLMA, X.; DOORSLAER, E. V. - The Impact of Having Supplementary Private Health Insurance on the Use of Specialists. In *Annales d'Économie et de Statistique*. Vol. 83/84, 2006.

KANT, E. - *A metafísica dos costumes*. (trad. José Lamego). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

LAW, M., Baptiste, S.; MILLS, J. - Client-Centred Practice: What does it Mean and Does it Make a Difference? In *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 62, (5), 1995. <https://doi.org/10.1177/000841749506200504>

LE GRAND, J. - *Equity, health and health care*. Gran Canaria: Conferência apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, 1998.

LEONG, F.T.L.; AUSTIN, J.T - *The Psychology Research Handbook*. Second Edition. Sage Publications, Thousand Oaks, California, 2006.

LOEWY, E. - Justice and health care systems: what would the ideal health care system look like. In *Health Care Analysis*. 6, 1998.

LOPES, Â.F.S - *Programa de avaliação e selecção de fornecedores em prestadores de cuidados de saúde: O caso Trofa Saúde*. Coimbra: Faculdade de Ciências e Tecnologia. Universidade de Coimbra, 2010.

LOURENÇO O., Quintal C. - *A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma Avaliação em Modelos de Contagem*. Coimbra: Notas Económicas, 2007.

MACINKO, J.; STARFIELD, B. - International Journal of Equity on Health. In *BioMed Central*. Vol. I, (1), 2002.

MACLICKIN, R. – Dignity is a useless concept. In *British Medical Journal*, Vol. 327, 2003

- MARIAIN - *Neuf leçons sur les notions premières de la philosophie morale*. Milão: J. Seifert, Essere Persona, 1989.
- MAROCO, J. - *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a Edição. Edições Report Number, 2011.
- MASLOW A.H., A - Theory of Human Motivation. *In Psychological Review*. (50), 1943.
- MATHIEU, B. – *Les norms internacionais de la bioéthique*. Paris: Press Universiaries de France, 1998.
- MEAD, N.; BOWER, P. - Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *In Social Science & Medicine*. Vol. 51, (7), 2000. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8).
- MELO, V. P. - *Avaliação da qualidade e satisfação percebida em saúde: determinantes que influenciam a escolha de um serviço*. Universidade Atlântica. doi:<http://hdl.handle.net/10884/1484>. (2019)
- MENDES, D. - Privados faturam 700 milhões com a saúde em 2009. *In Diário de Notícias*, 2010. (1 de fevereiro).
- MEZOMMO, A. A. - Fundamentos da humanização hospitalar – uma visão holística. *In Revista Bioethikos*. Vol. 6, (2), 2012.
- MILLER, L.; MAY, D. - Patient choice in the NHS: How critical are facilities services in influencing patient choice? *In Facilities*, Vol. 24, (9/10), 2006.
- MOONEY G. - *The Economics of Health Equity*. Cambridge: University Press, Di McIntyre, 2009.
- MOONEY G., Houston S. - Equity in Health Care and Institutional Trust: a Communitarian View. *In Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 24, (5), 2008.
- MOREIRA, S.; BARROS, P.P. - *O impacto da dupla cobertura na utilização de cuidados de saúde*. Lisboa: Banco de Portugal, 2009.
- MORI, M - Utilitarismo e morale razinale; id. Bioetica. Una riflessione in corso. *L'Informazione bibliografica*, 16, 1986.
- MOUNIER, E. - *O personalismo*. Coimbra: Ariadne Editora, 2004.
- MUÑIZ, J. - *Teoria clássica de los tests*. Madrid: Pirâmide, 2003.
- MUÑIZ, J.; FIDALGO, A.M.; GARCÍA-CUETO, E.; MARTINEZ, R.J.; MORENO, R. - *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla, 2005.
- NEWHOUSE, J. - *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

- NEVES, M.C. P. – *Ética Aplicada – Novas tecnologias*. Lisboa: Edições 70, 2018.
- NORNAN, D. – *Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? A companion to bioethics*, Blackwell Companions to Philosophy. (Helga Kuhse and Peter Singer). Oxford: Blackwell Publishers, 1998.
- NUNES, R. - *Regulação da Saúde*. 2ª Ed. Porto: Vida Económica, 2005.
- NUNES, R.; REGO, G. - *Prioridades na Saúde*. Porto: McGraw-Hill, 2002.
- OLIVEIRA, M. - *Evolução da oferta*. In *30 anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina, 2010.
- OLIVEIRA, M.; BEVAN, G. - Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. In *Health Policy*, 66, 2003.
- OLIVERA, A.; MOSSIALOS, E. - Equity of access to health care: outlining the foundations for action. In *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 2004.
- OSSWALD, W. - *Cadernos do Mosteiro*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005.
- OSSWALD, W. - *Fios de Ética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2009.
- OSSWALD, W. - Os custos da humanização. In *Ética, Justiça e Cuidados de Saúde*. (coord. José Silveira de Brito. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia Universidade Católica Portuguesa, 2009.
- OSSWALD, W. - *Da vida à morte: Horizonte da Bioética*: Lisboa: Gradiva, 2014.
- OSSWALD, W. - *90 anos 90 textos*. (coord. Carlos Costa Gomes e Ana Sofia Carvalho). Porto: Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, 2018.
- OSSWALD, W. - *Folhas do Caminho*: Cesar: Cápsula de Letras Editora, 2021.
- PELLEGRINO, E.; THOMASMA, D. - *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. Nova York: Oxford University Press, 1987.
- PEREIRA, M. H. - *Daniel Serrão aqui diante de mim*. Lisboa: Esfera do Caos, 2011.
- PESSINI, L. - *Bioética: um grito por dignidade de viver*. São Paulo: Edições Paulinas, 2006.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 5.ª Ed. Rev. e corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POTTER, V. R. – *Bioethics to the future*. New. Jersey: Englewood Cliffs, 1971.

- RAWLS, J. - *A theory of justice*, Cambridge, 1971.; M. A.: Harvard University Press.
- RAWLS, J. Outline of rules procedure for ethics, *Philosophical Revue*, 1995, p. 60.
- REGO, G. - *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Porto: Vida Económica, 2008.
- REICH, W. T. – *Encyclopedia of Bioethics*. Nova Iorque: Simon and Schuster, 1978.
- REICH, W. T. – *Encyclopedia of Bioethics*. Nova Iorque: Simon and Schuster, 1995.
- REICH, W. T. – The word bioethics. The Struggle Over Its Original Meanings. *In Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1995.
- RENAUD, I. - A pessoa humana. *In Revista Servir*. Vol. 38, (4), 1990.
- RENAUD, M; RENAUD, I. - Ética e moral. *In Bioética*. (coord: Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald) Lisboa: Editorial Verbo, 1996.
- RENAUD, I. - Educação para os afetos. *In Novos Desafios da Bioética*. Porto: Porto Editora, 2001.
- RENAUD, M. - A ética de hoje, ética de amanhã. *In Novos Desafios da Bioética*. Porto: Porto Editora, 2001.
- RENAUD, M. - A bioética e a liberdade política. *In Revista Portuguesa de Bioética (Cadernos de Bioética)*. Ano XX, (19), 2014.
- RIBEIRO, J. M. - *Saúde – A liberdade de escolher*, Lisboa: Gradiva, 2009.
- RICOEUR P. - *Soi-même comme un autre*. Paris: Editions du Seuil, 1990.
- RICOEUR, P. – De la morale à l' éthique et aux éthiques. In Ricoeur, P., *Le Juste* 2. Paris: Ed. Esprit. 2001.
- ROQUE, C. - *Temas de Ética*. Braga: UCP, 2003.
- ROSA M. - Sistema de Saúde Português. *In Escola Nacional de Saúde Pública*: Lisboa, 2002..
- RUITORT, M.; CABARCOS, F. - Descentralización y Equidad. *In Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (11), 2008.
- SAKELLARIDES, C. - *Novo contrato social da saúde. Incluir pessoas*. Lisboa: Diário de Bordo, 2009.
- SANTANA, P. - *Geografias da saúde e do desenvolvimento evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina, 2005.

- SANTOS, A. - Os serviços de saúde: uma centralidade na comunidade humana. *In Revista Servir*. Vol. 53 (4), 2005.
- SANTOS, A. - Cuidados de saúde e política financeira em tempos de crise global. *In Bioética e Políticas Públicas*. Lisboa: CNECV, 2014.
- SANTOS, A. L. - *A entidade reguladora da saúde*, 2003. (Acedido em 20 de abril 2020). <http://www.agencia.ecclesia.pt/egi-bin/print.pl?id=4886>
- SCARPELLI, L. - La bioética. Alla ricerca dei principi. *Biblioteca della Libertá*. (99), 1987.
- SCHACHTER, O. – Human dignity as a normative concept. In *The American Journal of International Law*. Vol 77, 1993.
- SEGRECCIA, E. - *Manual de Bioética: Fundamentos e ética médica*. Cascais: Pincipia Editora, 2009.
- SEN, A. - Why health equity?. *In Health Economics*, 11, 2002.
- SEN, A. - *A ideia de justiça*. Coimbra; Almedina, 2010.
- SERRÃO, D. - Ética no mundo da saúde. *In Acção Médica*. Porto. Ano LII: (4), 1998.
- SERRÃO, D. - Ética ou éticas em saúde. (*Manuscrito s/d*). Arquivo Pessoal. Porto: Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos, 1990.
- SERRÃO, D. - Prioridades em cuidados de saúde. *In Brotéria*, Vol. 144 (4), 1997.
- SERRÃO, D. - *Direitos do idoso: a ética e a deontologia dos que deles cuidam*. Comunicação no Congresso de Gerontologia Social: Lisboa, 1997, (18 de outubro).
- SERRÃO, D. - A ética médica e os custos dos cuidados de saúde. *In Ética em cuidados de saúde*. (Coord. Daniel Serrão; Rui Nunes). Porto: Porto Editora, 1998.
- SERRÃO, D. - *Bioética: Utopia ou realidade*. Conferência, 1998, (Lisboa 20 de maio)
- SERRÃO, D. - *Ética em Saúde*. Conferência para Profissionais do Hospital de Elvas, 1999, (8 e 9 de fevereiro).
- SERRÃO, D. - *Os idosos, um problema médico e social*. Palestra. Comissão do Ano Internacional das Pessoas Idosas - Viver activo, envelhecer bem. Hospital da Póvoa de Varzim, 1999, (6 de abril).
- SERRÃO, D. - *Os Idosos no Limiar do Milénio*. Conferência. II Curso Avançado - Urgências no Serviço de Atendimento Permanente. Santa Casa da Misericórdia de Paços de Ferreira, 2000, (18 de março). Portal da Saúde, Disponível em: www.min-saude.pt. Acesso em Nov 2019/março 2020.

SERRÃO, D. - *A questão essencial* (Prefácio). In Nunes, R. Rego, G. Prioridades na saúde. Lisboa: McGraw-Hill, de Portugal, 2002.

SERRÃO, D. - *Ética e cuidados de saúde*. Conferência - II Jornadas da Associação de Estudantes da ESSE Jean Piaget: Viseu, 2006, (18 de Janeiro).

SERRÃO, D. - *Daniel Serrão na Academias das Ciências: Comunicações Regimentais, Elogios Académicos, Outras Participações*. Braga: Edição de Autor, 2010.

SERRÃO, D. - Em busca de novas fundamentações teóricas para a bioética lusófona: o possível contributo de pensadores espanhóis. In *Conhecimento e Sociedade: A Memória do Presente na Construção do Futuro*. Rio de Janeiro: Real Engenho, 2011.

SILVA, M. - *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa: L. Monitor- Projetos e Edições, 2013.

SIMÕES, A.; PAQUETE, A.; Araújo, M. - Equidade Horizontal no sistema de saúde português: sector público vs sector privado. In *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Documento de Trabalho, (3), 2006.

SIMÕES, J. - *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado*. Coimbra: Almedina, 2010.

SIMÕES, J. - *Prioridades em Saúde*. Lisboa: Saúde SA, 2010. [Consultado 20 Abr. 2020]. Disponível em <http://saudesa.blogspot.com/2010/01/prioridades-em-saude.html>;

SIMÕES, J.; FERRINHO, P. - Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Pensar saúde. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. 2010. [Consultado 20 Abr. 2020]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/>. Boletim-Pensar-Saude-Nº01.pdf

SOUSA, P.A.F. - O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios”. In *Acta Paul Enferm*, Vol. 22, 2009.

STEVENS, J. - *Applied multivariate statistics for the social sciences* (cap.11). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.

STEWART M.; BROWN, J.B.; WESTON, W.W.; MCWHINNEY I.R., MCWILLIAM C.L., F. T. R. - Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. In *International Journal of Integrated Care*. Vol 5 (21)1, 2005, <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7019.1580>.

TABACHNIK, B.G.; FIDELL, L.S. - *Using Multivariate Statistics*. (5.th Ed.). Pearson Education, 2006.

TAYLOR, R.; PRINGLE, M.; CAROL, C. - *Implications of Offering “Patient Choice” For Routine Adult Surgical Referrals*. Project Final Report, University of Nottingham, 2004.

TINOCO, P. - Avaliação da Qualidade percebida em saúde: o caso do Serviço de radiologia do Hospital de Faro E.P.E (140 utentes), 2013.

TOUNTAS, Y.; KARNAKI, P.; PAVI, E.; SOULIOTIS, K. - The unexpected growth of the private health sector in Greece. *In Health Policy*, Vol. 74, 2005.

TRISTRAM, H. E. – *Fundamentos da Bioética*. (Tradução de The foundations of Bioethics, 2ª Ed., originalmente publicada em inglês em 1996. São Paulo: Edições Loyola, 2004

UMBELINO, T - *Os determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia Privado*. Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2016.

VAN DOORSLAER, E., KOOLMAN, X.; JONES, A. - Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *In Health Economics*. Vol. 13, (7), 2004.

VAN DOORSLAER, E., MASSERIA, C.; XANDER, K. - Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *In Canadian Medical Association Journal*. 174, 2006.

VANNI, R. - *Elementi di filosofia III*, 1991.

VARMAGHANI, M. - *The survey of effective factors on selection of governmental or private hospital in Tehran*. Department of health management and economics, Tehran university of medical sciences, 2007.

VIFORA - *Vent' Anni di Bioética*. Pádua, 1990.

WATERWORTH, S.; Luker, K. A. (1990). Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care? *In Journal of Advanced Nursing*. Vol. 15 (8), 1990. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01953.x>

WALTERS, L. – The Center for Bioethics at the Kennedy Institute Georgetown. *In Medical Bulletin*, n. 37 (1), 1984.

WILLIAMS, A - Economics, society and health care Ethics. *In Principles of health care ethics*. Raanan Guillon, 1994.

WITTE, L.; SCHOOT, T.; PROOT, I. - Development of the client-centred care questionnaire. *In Journal of Advanced Nursing*, Vol. 56, (1), 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03980.x>

YU C.P., WHYNES, D.K., SACH T. - Equity in Health care financing: The case of Malaysia. *In International Journal of Equity in Health*. Vol. 7, (15), 2008.

ZOBOLI, E.L.C.P; FRACOLLI, L.A. - A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde; chave para o acolhimento. *In Mundo da saúde*. Vol. 30, (2), 2006.

Legislação:

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. 7.^a Edição, Assembleia da República – Divisão de Edições, Lisboa, 2015.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (2005). VII Revisão constitucional, Lisboa 1976. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao>. Acesso em fevereiro 2020.

Lei n.º56/79 de 15 de setembro.

Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de agosto, com alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.

Lei das Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, Diário da República n.º 195/90 – Série I) (Ministério da Saúde, 2010a).

Decreto-Lei n.º 19/2010 de 22 março. Diário da República n.º 56 – Série I. (Ministério da Saúde, 2010a).

Outros documentos

CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTOS DA UNIÃO EUROPEIA, aprovada em Niza, em 7 de dezembro de 2000.

CARTA SOCIAL EUROPEIA de 1961

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS, 2005.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMA DE SAÚDE (2001). Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera do OPSS, Lisboa: OPSS.

Estudo realizado por Aldina Lemos - ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE. – Tese de Mestrado, 2016.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2009), Relatório de Primavera 2009 - 10 anos OPSS, 30 anos SNS. Razões para continuar, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora.

AValiação da Satisfação dos Doentes Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. disponível em <https://www.hbarcelos.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/11/2020/10/satisfacao-utentes-2019.pdf> (acedido em 14 de setembro de 2022)

MOSSIALOS, E. — Citizen's views on health care systems in the 15 member state; WHO — World Health Report 2000.

60 ANOS EM SAÚDE: CASA DE SAÚDE SÃO MATEUS HOSPITAL (2021). Ed. 1.
Viseu: Casa de Saúde São Mateus Hospital.

ANEXOS

Anexo (I) ENQUADRAMENTO HISTÓRICO DA CASA DE SAÚDE SÃO MATEUS - UM HOSPITAL COM HISTÓRIA.

Estávamos no início da década de sessenta do séc. XX, quando se fundou a Casa da Saúde São Mateus, em Viseu.

Viseu, cidade em franco progresso, capital de uma vasta região do interior norte, dispunha, desde o século XVIII, de um grande e apetrechado Hospital - o Hospital da Santa Casa da Misericórdia.

Na década de cinquenta do século passado, o Hospital já dispunha de algumas especialidades, como Medicina Interna, Obstetrícia, Oftalmologia, Pediatria e Cirurgia Geral. Entretanto, outros médicos instalaram-se na cidade com novas especialidades, como a ortopedia, a ginecologia, a otorrinolaringologia, a anestesiologia, a radiologia, a patologia clínica, etc..., conferindo a Viseu, na área da Saúde, a centralidade de grande urbe de toda a Beira Alta.

Assim, enquanto alguns foram contratados para o Hospital da Misericórdia, a maioria trabalhava, na cidade, em consultórios privados.

Ora, é precisamente neste universo de médicos que surge a ideia de se fundar uma Casa de Saúde, que veio a receber o nome de «Casa de Saúde S. Mateus Limitada».

Constituiu-se, então, uma sociedade por cotas, com o objetivo de tratar doentes, o que proporcionou a estes médicos a possibilidade de cuidar daqueles em ambiente hospitalar, providenciando uma boa assistência médica, cirúrgica e especializada.

Inicialmente cotizaram-se 43 médicos, uns de Viseu e outros dos concelhos limítrofes, numa residência de 2 pisos, localizada no Campo de Viriato (hoje Feira de São Mateus). Aí, com algumas obras e adaptações, deram início à prestação de serviços médicos e de enfermagem. Assim, a Casa de Saúde passou a ser uma Unidade Assistencial complementar ao Hospital da Misericórdia de Viseu - Hospital S. Teotónio, onde trabalhavam alguns destes médicos fundadores.

Foram criados os Estatutos e nomeados os Corpos Sociais, a Direção, o Conselho Fiscal e a Assembleia Geral, sendo a primeira Direção constituída pelo Dr. E. Leal Loureiro, Dr. Joaquim Alfaia, Dr. Carlos Magalhães, Dr. Manuel H. Ribeiro e Dr. M. Sá Correia, cuja nomeação se deu em 20 de fevereiro de 1960.

Com algumas adaptações para consultórios médicos, uma sala de operações, um pequeno laboratório e instalações para internamentos médicos e cirúrgicos, esta casa no Campo de Viriato serviu, assim, para albergar as primeiras instalações da “Casa de Saúde”, assim apelidada em Viseu desde então.

O Relatório da Direção do “Exercício de 1961”, dá conta do mau estado do edifício e das suas vulnerabilidades arquitetónicas na adaptação ao atendimento médico.

No exercício do primeiro ano, 1961, a Direção elaborou um Regulamento Interno, aprovado pela Assembleia Geral, de acordo com as normas reguladoras para o exercício e funcionamento das Casas de Saúde.

Devido ao aumento da procura e às crescentes dificuldades colocados ao normal funcionamento desta “Casa de Saúde”, iniciaram-se as primeiras diligências para a compra de um terreno que permitisse a construção de uma Nova Casa de Saúde, que integrasse um Serviço de Atendimento Médico Permanente, Salas de Tratamento, Raios X, Serviço de Análises, Internamento, Consulta Externa, Bloco Operatório e outras necessidades, de acordo com as imposições legais em vigor à época.

O terreno foi adquirido e, de imediato, se procedeu à elaboração do projeto, de acordo com as necessidades. Após a obtenção das autorizações, iniciou-se a construção das Novas Instalações, iniciando-se a transferência para o novo edifício em finais de 1967/1968.

Sabemos que o movimento assistencial, em 1961, Casa de Saúde São Mateus Limitada, em funcionamento no Campo de Viriato, foi o seguinte: total de doentes- 392, tendo havido um pequeno movimento de serviço externo, de pequena urgência, tratada no Banco, pensos e injeções que não são referidos pela exiguidade dos números.

O número de intervenções cirúrgicas cifrou-se em 145, seis das quais obstétricas, tendo nascido 39 crianças, com o registo de um parto gemelar. A média foi de 37,2 doentes/mês, ou seja, 1,2 doentes internados por dia, sendo os de maior permanência os doentes com situações de ortopedia, que implicaram internamento maior, cuja média foi de 9,2 dias. Verificaram-se 14 intervenções cirúrgicas e 3,6 partos por mês, tendo a média importado em 11,5 doentes internados /dia.

A Casa de Saúde São Mateus funcionou até à transferência para as novas instalações, construídas de raiz na Avenida 5 de Outubro, cuja inauguração decorreu a 24 de março de 1968.

É inquestionável que o propósito da constituição da Casa de Saúde era o de proporcionar uma alternativa ao Hospital Público, vindo a ser frequentada pelas pessoas com poder económico e financeiro mais elevado que não queriam misturar-se com as classes mais pobres, cujo destino era invariavelmente, o Hospital Público.

Utilizando a linguagem dos dias de hoje, eram todos doentes particulares, pagando diretamente a consulta ao médico. Estava, sem dúvida, criado um patamar de superioridade entre a classe médica e os outros.

Ora, todo este cenário se modifica com a criação do Sistema Nacional de Saúde – SNS – (Lei 50/79 de 1979), em que a mudança de paradigma deu origem a questões éticas, realidade que se tem agravado até aos dias de hoje (Sec. XXI).

As pessoas mais desfavorecidas eram, até então, cuidadas gratuitamente pelas Misericórdias, situação alterada após a criação do SNS.

De acordo com o testemunho oral de Luís de Carvalho, clínico no Serviço Médico Permanente 24H, na CSSM, quando hoje lançamos um olhar sobre este período (anos cinquenta do séc. XX), constatamos que “quase todos” os cuidados médicos e cirúrgicos eram prestados pelo Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Viseu (serviço particular), sendo certo que havia, nessa altura, o chamado «circuito do Bissaya», que dava resposta às necessidades cirúrgicas de “alguns” doentes que muitos médicos preparavam e programavam, nas suas consultas em ambulatório, para serem vistos e tratados pelo Professor Bissaya. (O Prof. Bissaya Barreto deslocava-se de Coimbra, em visita mensal, e vinha operar doentes triados desde Sta. Comba Dão, Tondela, Viseu, Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição, Vouzela, entre outras). Estes doentes, previamente estudados e preparados pelos médicos locais, viriam a usufruir dos cuidados deste médico nos Hospitais das Misericórdias desses concelhos, tendo havido a necessidade de os apetrechar com uma sala de operações. Habitualmente, era acompanhado por um médico anestesista, tendo como ajudantes, nessas intervenções cirúrgicas, os médicos locais proponentes, que asseguravam o apoio médico durante o internamento e convalescença desses doentes.

Pelas circunstâncias desse tempo, em que se conjugaram o aumento da procura da atividade privada, por um lado, e a instalação de novos médicos na Região, por outro, os 43 “pioneiros” entenderam, então, juntar-se e quotizar-se, de modo a poderem abrir uma Casa de Saúde onde pudessem internar os seus doentes particulares, assim como

exercerem serviços médicos em consulta externa, fazerem desde pequenos tratamentos a cirurgias mais diferenciadas, com apoio de anestesia, sendo apoiados por laboratório de análises clínicas, radiografias, eletrocardiogramas, serviço de sangue.

Os médicos de alguns dos concelhos próximos de Viseu e que integraram o grupo fundador foram, “grosso modo”, os angariadores dos doentes locais, incorporando, mais tarde, a equipa cirúrgica e assegurando a continuidade de tratamentos no período de convalescença desses doentes.

Com a entrada em funcionamento das novas instalações da Casa de Saúde de S. Mateus, em 1968, iniciou-se um novo ciclo, mantendo-se os Corpos Sociais constituídos conforme referidos na nota inicial.

De realçar o protagonismo dos serviços da CSSM no âmbito da Saúde, com a realização das Primeiras Jornadas Médicas de Viseu, “Jornadas da Primavera”, em 1968, em que a Comissão Organizadora foi constituída por 4 médicos do Hospital de S. Teotónio e 4 médicos da CSSM-H.

A Revolução do 25 de Abril de 1974 trouxe novos desafios à Casa de Saúde de S. Mateus, em virtude das transformações que ocorreram no âmbito da Saúde: passagem do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Viseu (Hospital Privado) para Hospital Distrital de Viseu (Hospital Público).

Nesta década de setenta, a CSSM teve necessidade de se adaptar a esse novo paradigma assistencial, sendo certo que, à medida que a sociedade se adaptava a essas transformações sociais ocorridas, também a Casa de Saúde, enquanto oferta de serviços médicos alternativos, se foi ajustando e estabilizando.

As alterações ocorridas foram significativas, primeiro pela integração de (quase) todos os médicos no quadro desse “novo” Hospital Distrital e, depois, pela passagem à cobertura assistencial geral e gratuita (ou quase) dos cuidados de saúde a toda a

população, facto que necessariamente originou uma diminuição na procura de serviços e cuidados médicos a prestar pela CSSM.

Com o decorrer dos anos, os médicos continuaram a fazer as suas consultas no Edifício da Casa de Saúde São Mateus, cobrando os honorários diretamente aos utentes, cuja denominação era a de clientes particulares.

Porém, independentemente do serviço médico, a CSSM-H, enquanto organização empresarial, acarreta custos diretos e indiretos, quer a nível de funcionamento, quer a nível das infraestruturas, a que é necessário fazer face.

Em 2008, o Grupo Embeiral, conhecido Grupo da região de Viseu, adquiriu a maioria do capital, passando, assim, a ser o sócio maioritário principal.

A situação económica, neste período, era de grande debilidade, apresentando um prejuízo financeiro na ordem dos 400.000.00 € que foi necessário inverter, partindo de uma nova visão estratégica incrementada pela nova administração.

Volvidos 10 anos, a CSSM-H foi toda remodelada e restaurada, passando a ser, hoje, um Hospital de referência na região.

Em 27 de Abril de 2018, no âmbito das comemorações dos 55 anos da ADSE, é lançada uma rede de parceiros, composta por um conjunto de prestadores convencionados que a CSSM-H, S. A. integrou (juntamente com o Hospital da Prelada, a Casa de Saúde da Boavista no Porto e o Hospital da Arrifana de Sousa em Penafiel, por prestarem serviços de elevada qualidade), pela elevada competência do corpo clínico, mas também por assumirem o compromisso de não discriminar os beneficiários da ADSE no acesso aos cuidados de saúde.

Comprometeram-se, ainda, a observar elevados padrões éticos, quer no atendimento dos beneficiários da ADSE, quer na utilização, por parte destes, dos serviços disponibilizados.

Estas quatro entidades passaram a ser reconhecidas como entidades de certificada qualidade no Norte e Centro do país. O objetivo seria alargar, progressivamente, esta rede de parceiros a um conjunto muito restrito de prestadores por todo o território nacional.

Em 27 de abril de 2018, a imprensa nacional dá destaque à nova rede de parceiros:

«A ADSE faz hoje 55 anos e lança a Rede de Parceiros, que irá contar, a partir de dia 1 de maio, com quatro grandes prestadores de reconhecida qualidade no Norte e Centro do país, que irão prestar um conjunto de cuidados de saúde a valores financeiramente mais vantajosos para os beneficiários. No âmbito destas comemorações, a ADSE abre, no dia 2 de maio, uma Loja no Porto, de atendimento aos seus beneficiários, indo igualmente lançar um novo sistema de atendimento telefónico no decorrer do próximo mês.

Criada em 27 de abril de 1963, a ADSE completa hoje 55 anos ao serviço da proteção dos funcionários públicos portugueses, nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Começando por abranger apenas os servidores civis do Estado, o âmbito de abrangência da ADSE foi sendo sucessivamente alargado, englobando os cônjuges a partir de 1970, os descendentes menores de 7 anos a partir de 1971 e todos os descendentes menores a partir de 1972. Assim, contando com apenas 57.174 beneficiários em 1966, rapidamente atingiu o milhão de beneficiários a partir de 1978. Desde a sua criação, a ADSE já financiou mais de 15 biliões de euros em cuidados de saúde”.

Lançamento da Rede de Parceiros

“No âmbito das comemorações dos seus 55 anos, a ADSE lança uma Rede de Parceiros, composta por um conjunto de prestadores convencionados. As quatro entidades que integram desde já a Rede de Parceiros foram selecionadas por prestarem serviços de elevada qualidade, pela elevada competência do corpo clínico, mas também por assumirem o compromisso de não discriminar os beneficiários da ADSE no acesso aos cuidados de saúde, comprometendo-se ainda a observar elevados padrões éticos, quer no atendimento dos beneficiários da ADSE, quer na utilização por estes dos serviços disponibilizados, quer ainda na faturação à ADSE dos serviços prestados, devendo também procurarem assegurar que a generalidade dos médicos do respetivo corpo clínico se disponibilizam para prestar serviços aos beneficiários da ADSE.

A Rede de Parceiros irá reger-se por uma tabela de preços e regras que permite uma maior previsibilidade e controlo dos encargos dos beneficiários e da ADSE, porquanto incorpora um conjunto de 350 procedimentos cirúrgicos com preços globais/compreensivos, integrando igualmente limites de preço nos medicamentos e nas próteses intraoperatórias.

Adicionalmente, os beneficiários da ADSE terão um desconto de 50% no seu encargo, nos cuidados de saúde das Tabelas de Medicina, Cirurgia, Preços Globais (Cirurgia), bem como um valor fixo de diária de internamento de 40 euros em quarto duplo ou semiprivado e 60 euros em quarto privado.

A Rede de Parceiros que é hoje lançada integra um conjunto de quatro prestadores de reconhecida qualidade no Norte e Centro do país: Hospital da Prelada – Porto, Casa de Saúde da Boavista – Porto, Hospital Arrifana de Sousa – Penafiel e a Casa de Saúde de São Mateus – Viseu

Esta Rede irá progressivamente ser alargada a um conjunto muito restrito de prestadores por todo o território nacional.”

Aristóteles, na sua *Ética a Nicómaco*³²³, fala da virtude da prudência quando temos que tomar decisões. Por seu turno, Carlos Costa Gomes afirma que “temos de passar de uma bioética académica para uma bioética acessível a todas as pessoas, para que depois possamos tomar decisões por nós próprios, no sentido das melhores decisões”³²⁴.

Tomando estas afirmações em linha de conta, consideramos que, na dissertação sobre um tema, é necessário analisar, com acuidade e o mais exaustivamente possível, todos os aspetos a ele inerentes, tidos como relevantes para melhor fundamentar o que pretendemos melhorar e o que podemos alterar no SNS, de forma a podermos equiparar-nos aos melhores serviços de saúde da Europa.

Com a adesão da CSSM-H, em 27 de abril de 2018, a beneficiários da ADSE e de outros subsistemas (que não havia outrora na Casa de Saúde de S Mateus), operaram-se mudanças significativas ao nível do acesso aos serviços e cuidados de saúde. Neste sentido, almejámos saber, sustentadamente, como é o tratamento das pessoas em termos de equidade no acesso a tratamentos de saúde e se o propósito da sua constituição, em 1961, pelos médicos fundadores se alterou, ou seja, se deixou de ser o Hospital onde só iam as classes sociais mais altas, ou se se cumpre o preconizado pela justiça distributiva,

³²³ Ver: ARISTÓTELES - *Ética a Nicómaco* (Trad. António C. Caeiro). Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

³²⁴ CF. GOMES, C. C. - *O pensamento bioético de Daniel Serrão: génese e fio condutor*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2013, p. 15.

de maneira a garantir que cada pessoa, independentemente da sua condição socioeconómica, receba a parcela justa dos recursos públicos, e também a liberdade de escolha para decidir sobre os serviços e cuidados de saúde que deseja.

Anexo (II) QUESTIONÁRIO SOBRE A FIDELIZAÇÃO E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DA CASA DE SAÚDE SÃO MATEUS - HOSPITAL PRIVADO DE VISEU V

Exma. (o) Sr.^a (o),

Agradecia que respondesse a este breve questionário sobre a Fidelização e Satisfação com os Serviços da Casa de Saúde São Mateus (CSSM) - Hospital Privado de Viseu. A sua resposta deverá apenas ter em conta a consulta que realizou hoje na Casa de Saúde S. Mateus – Hospital. O questionário tem como objetivo avaliar a perceção dos clientes da CSSM-H relativamente às suas escolhas e motivações nas diferentes Especialidades Médicas e no Atendimento Médico Permanente 24 Horas. Os dados recolhidos são estritamente confidenciais. Obrigada pela sua colaboração!

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO

Este documento, designado Consentimento Informado Esclarecido e Livre, dado por escrito, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi abordado/a, bem como o que expectável acontecer, se decidir participar no mesmo. Leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se inteiramente livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

Título do estudo: A equidade no acesso a tratamentos de doentes particulares ou protocolados na Casa de Saúde S. Mateus, Hospital Privado, S.A.

Enquadramento: O estudo de investigação, no âmbito do Curso de Doutoramento em Bioética, do Instituto de Bioética da UCP, tem como objetivo perceber qual a perceção e a apreciação dos clientes da CSSM-H relativamente às consultas, às suas escolhas e motivações nas diferentes Especialidades Médicas e no Atendimento Médico Permanente 24 Horas, através deste inquérito de avaliação individual.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo recusar participar nele e/ou desistir da sua participação em qualquer momento e sem qualquer motivo. Se decidir participar no estudo, ser-lhe-á pedido que siga as indicações do inquérito. O presente inquérito não lhe trará qualquer tipo de riscos. Com a sua participação são esperados benefícios para a melhoria dos serviços prestados pela CSSM-H.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais: todos os dados recolhidos durante a sua participação no estudo serão armazenados de forma confidencial. A privacidade e confidencialidade dos dados são asseguradas de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados no decurso de toda a investigação. O investigador responsável pelo tratamento dos dados aplica, quer no momento de definição dos meios de tratamento, quer no momento do próprio tratamento, as medidas técnicas e organizativas destinadas a assegurar, com eficácia, a proteção de dados. O Investigador recolherá somente os dados necessários à finalidade do estudo, respeitando o seu prazo de conservação (5 anos) e a sua acessibilidade. As medidas de confidencialidade envolvem a pseudominização e cifragem dos dados, a segurança dos sistemas técnicos de tratamento e armazenamento dos mesmos, até à sua conclusão.

Os resultados do estudo serão divulgados na apresentação da dissertação em Bioética para o grau de Doutor em Bioética da Universidade Católica Portuguesa e poderão ser divulgados em Conferências e/ou Eventos ou outras publicações de carácter científico, não incluindo os seus dados pessoais. Pode, ainda, para qualquer questão relacionada com o estudo, consultar a investigadora, atual doutoranda e Mestre Aldina Lemos, através do e-mail: aldina.coimbra@embeiral.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando em que apenas serão

utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ___/___/_____

Investigador/Equipa de Investigação

Confirmo que o participante teve a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o estudo e que todas as perguntas foram respondidas corretamente.

Confirmo também que o consentimento foi dado voluntariamente.

Os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura. Uma cópia deste documento ser-lhe-á fornecida.

Nome e contacto da pessoa que obtém o consentimento Informado

Assinatura da pessoa que obtém o consentimento informado

Data ___/___/___

Anexo (II)

“QUESTIONÁRIO SOBRE A FIDELIZAÇÃO E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DA CASA DE SAÚDE SÃO MATEUS - HOSPITAL PRIVADO DE VISEU.”

É a primeira vez que recorre aos serviços médicos da CSSM-H

Sim

Não

1- Idade

- Menor de 18 Anos
- 19 – 30 Anos
- 31 – 40 Anos
- 41 – 65 Anos
- Mais de sessenta e cinco anos

2- Género:

- Feminino
- Masculino

2 - Qualificações

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

3 - Rendimento Mensal líquido (em Euros)

- Menos de 500
- 501 - 1000
- 1001 – 1500
- 1501 – 2000
- >2000

4 - Profissão

- Desempregado
- Trabalhador por Conta de Outrem
- Trabalhador por Conta Própria
- Estudante
- Reformado
- Outro

5 - Utiliza a Casa de Saúde São Mateus, em caso de Atendimento Médico Permanente 24 Horas?

- Sim
- Não

6 - É portador de algum Seguro de Saúde?

- Sim. Qual? _____
- Não

7 - Quando é atendido pelos Profissionais da CSSM, sente diferença no relacionamento comparativamente com outras unidades de saúde?

- Sim
- Não

8 - Qual as Especialidade Médica que procurou hoje na CSSM?

- Medicina Geral
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Cardiologia
- Obstetrícia
- Pediatria
- Psiquiatria
- Cirurgia
- Oftalmologia
- Genecologia
- Oncologia
- Outro
- Não uso nenhum Serviço de Especialidades Médicas, mas sim o Atendimento Médico Permanente 24 Horas.

9 - Com que frequência procura a Especialidade Médica, referida a Questão 8?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes por ano
- Algumas vezes por mês
- Algumas vezes por semana

10 - Indique as principais vantagens (assinale no máximo 3) na procura da Especialidade Médica, referida na Questão 8.

- Poupança de tempo
- Facilidade de acesso em qualquer altura e hora
- Confidencialidade
- Clareza do Ato Médico
- Notoriedade do Medico
- Acesso as convenções de forma mais eficiente
- Variedade de serviços e especialidades
- Facilidade de uso da tecnologia em tempo real
- Não é a minha primeira escolha

11 - Avalie as seguintes afirmações relativamente aos Serviços da Especialidade na CSSM, referida na Questão 8.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
11.1 As Especialidades Médicas da CSSM, são rápidas no seu Agendamento					
11.2 As Especialidades Médicas da CSSM, têm preços de mercado					
11.3 As Especialidades Médicas que a CSSM disponibiliza, são de qualidade					
11.4 As Especialidades Médicas, que a CSSM disponibiliza têm uma boa comunicação para os Utentes					
11.5 Tenho uma boa opinião do atendimento do Médico da CSSM					
11.6 A CSSM tem uma boa imagem comparada com outras unidades Locais					
11.7 Tem interesse em conhecer outras unidades locais					
11.8 Se estiver novamente doente a CSSM, será a sua 1ª escolha					
11.9 Utilizei vários amigos para obter informações antes de me deslocar a CSSM					
11.10 Passei bastante tempo á procura de informação na internet antes de me deslocar a CSSM					
11.11 A minha tomada de decisão para ir a CSSM, foi acertada					
11.12 Estou muito satisfeito com o Serviço/atendimento da CSSM					
11.13 A CSSM, disponibiliza-me o que eu espero de um Serviço de Especialidade Médicas					
12.14 A CSSM cumpriu com as minhas expectativas do Serviço de Especialidades Médicas					
11.15 Se tivesse de voltar a CSSM, iria escolher novamente o mesmo Médico					
11.16 Considero-me fiel a Médico Especialista e á CSSM					
11.17 Tenciono mudar de Médico de Serviços de Especialidades					
11.18 Não pretendo voltar ao serviço de Médico de Serviços de Especialidades da CSSM					
11.19 A CSSM oferece uma boa relação custo/beneficio no ato Médico de Serviços de Especialidades					
11.20 O Ato Médico de Serviços da Especialidades da CSSM é de confiança					
11.21 O meu médico é competente nos serviços de Especialidades Médicas e recomendo					

11.22 Confio na tecnologia da CSSM, que o meu Médico de Serviços de Especialidades utiliza					
11.23 Considero que os Processos Clínicos efectuados na CSSM são seguros					

12 - Qual a Especialidade que procura do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM?

- Medicina Geral
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Cardiologia
- Obstetrícia
- Pediatria
- Psiquiatria
- Cirurgia
- Oftalmologia
- Genecologia
- Oncologia
- Outra
- Nenhuma

13 - Com que frequência procura a Urgência do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes por ano
- Algumas vezes por mês
- Algumas vezes por semana

14 - Indique as principais vantagens (assinale no máximo 3) na procura da Urgência do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM?

- Poupança de tempo
- Facilidade de acesso em qualquer altura e hora
- Confidencialidade
- Clareza do Ato Médico
- Notoriedade do Medico
- Acesso as convenções de forma mais eficiente
- Variedade de serviços e especialidades
- Facilidade de uso da tecnologia em tempo real
- Não é a minha primeira escolha

15 - Avalie as seguintes afirmações relativamente aos Serviços do Atendimento Médico Permanente 24 Horas na CSSM.

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
15.1 O Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM, é acessível no seu Atendimento					
15.2 O Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM, é rápida na triagem e tratamento					
15.3 O Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM, tem preços de mercado					
15.4 O Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas que a CSSM disponibiliza, é de qualidade					
15.5 O Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas, que a CSSM disponibiliza tem uma boa comunicação para os Utentes					
15.6 Tenho uma boa opinião do Serviço de Atendimento Médico Permanente 24 Horas, da CSSM					
15.7 A CSSM tem uma boa imagem comparada com outras unidades Locais do Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas					
15.8 Tem interesse em conhecer outras unidades locais de Serviço de Atendimento Médico Permanente 24 Horas					
15.9 Se estiver novamente doente a CSSM, será a sua 1ª escolha no Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas					
15.10 Utilizei vários amigos para obter informações do Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas antes de me deslocar a CSSM					
15.11 Passei bastante tempo á procura de informação na internet antes de me deslocar ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM					
15.12 A minha tomada de decisão para ir ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM, foi acertada					
16.13 Estou muito satisfeito com o Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM					
15.14 A CSSM, disponibiliza-me o que eu espero de um Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas					
15.15 A CSSM cumpriu com as minhas expectativas do Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas					
16.16 Se tivesse de voltar a CSSM, iria escolher novamente o Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas					
15.17 Se tivesse de voltar a CSSM, iria escolher novamente o Atendimento Médico Permanente 24 Horas e o seu Internamento					
15.18 Considero-me fiel ao Serviço de Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM					
15.19 Tenciono mudar de Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas					
15.20 Não pretendo voltar ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas, da CSSM.					
15.21 A CSSM oferece uma boa relação custo/benefício no ato do Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas					
16.22 O Ato Médico do Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM é de confiança					
15.23 O médico do Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM, é competente e recomendo					

15.24 Confio na tecnologia da CSSM, que o meu Médico do Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas utiliza					
15.25 Considero que o Processo Clínicos efectuado no Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas da CSSM é seguro					

16 – A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer aos Serviços das Especialidades Médicas da Casa de Saúde São Mateus.

Sim

Não

Por vezes

17 – A disponibilidade financeira impede-o(a) de recorrer ao Serviço do Atendimento Médico Permanente 24 Horas, da Casa de Saúde São Mateus.

Sim

Não

Por vezes

Obrigada pela sua participação.