

A Gestão de Unidades de Saúde como Fonte de Dilemas Éticos

Versão Final Após Defesa

Ana Maria Ferreira Fernandes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Gestão de Unidades de Saúde

(2º Ciclo de Estudos)

Orientador: Prof. Dr. Bruno Daniel de Brito Serra

Co-Orientador: Prof. Dr. António João Santos Nunes

Janeiro de 2025

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Ana Maria Ferreira Fernandes, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M11712, do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 03/01 /2025

Folha em branco

Dedicatória

Aos meus pais, Teresa e José, e à minha irmã Inês.

Folha em branco

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Bruno Serra, orientador desta investigação, pelo apoio, incentivo, paciência, partilha de todo o seu saber, e contribuições fundamentais na realização deste trabalho. Estou-lhe imensamente grata por toda a sua disponibilidade inquestionável, fora de horas e horário lectivo.

Ao Professor Doutor António Nunes, co-orientador desta investigação, pelo apoio, pelas suas palavras mestras e contribuições na realização deste trabalho. Muito obrigada por toda a sua disponibilidade e orientação.

Aos meus amigos e colegas que, directa e indirectamente, me apoiaram ao longo de todo este processo, e confiaram indubitavelmente em mim.

À minha amiga e colega de serviço, Ana Cruz, pelo seu apoio incondicional, pela sua paciência, e por não me deixar desistir deste projecto. Obrigada por seres a minha *life coach* em momentos de maior crise.

À minha família, que me criou curiosa e inquieta, por me ensinar, ainda hoje, que consigo dar sempre mais um passo em frente.

Ao meu pai, por me dar todas as ferramentas necessárias à construção do meu próprio caminho, por me ensinar pela sua própria voz e palavras, na partilha do seu percurso de vida pessoal, as primeiras impressões do que é *correcto*, e *menos correcto*. Um obrigada infinito a ti, que agora me guias desde o cosmos.

À minha mãe e à minha irmã, por darem espaço à minha irreverência, pela paciência em apaziguar as minhas inquietudes, e pela sabedoria necessária para “levar o barco a bom porto”, ao longo destas quatro décadas de existência. A vós, agradeço-vos a vida, e tudo o que ela inclui.

Ao Zeca e à Lisa.

Folha em branco

Resumo

O progresso tecnológico da medicina e os constrangimentos trazidos por novos modelos de administração pública, tornam a Gestão de Unidades de Saúde (GUS) uma fonte de dilemas éticos (Faria et al., 2010). É urgente que este ramo da gestão se individualize das esferas empresarial e médica, e assuma a sua posição única e particular no campo da gestão. À semelhança de outras classes profissionais, é fundamental que os gestores possam auxiliar-se de ferramentas próprias para um exercício ético das suas funções, pois é a ele que cabe a hercúlea tarefa de casar a ética médica com a ética empresarial. O código de ética poderá constituir-se como garantia de uma base ética bem definida, ditando quais os princípios e valores éticos que orientam a acção do gestor, para garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde (Faria et al., 2010), sem colocar em causa a estabilidade e sustentabilidade da organização que dirige (Perene et al., 2020; Cinaroglu, 2016). Numa era onde as necessidades em saúde aumentam, e os recursos se tornam cada vez mais escassos, é imperativa uma gestão organizacional eticamente fundamentada e estruturada, para diminuir o risco de viés ao assumir as suas responsabilidades sociais e empresariais (Begun et al., 2018).

Procedendo a uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL), identificamos apenas nove artigos (num universo superior a 4000) que abordam a necessidade de uma Código de Ética para Gestores de Saúde, facto demonstrativo da necessidade de um aprofundamento científico do tema. Impere remover o rótulo de monstro de duas cabeças que Drucker (1993) lhe colocou, e assumir a natureza distinta da GUS. Os resultados obtidos confirmam que a implementação deste código permite não só sustentar o corpo administrativo no seu processo de tomada de decisão, mas também na gestão dos recursos, ora escassos, ora dispendiosos, perante um público progressivamente mais exigente em cuidados de saúde. Adicionalmente, foi possível apurar que este documento é pilar na construção de uma identidade própria da GUS, e, por conseguinte, impulsor da credibilidade social e prestígio sociais dos seus profissionais.

No entanto, também ficou claro que existem ainda algumas lacunas na literatura. Por isso, e como linha de investigação futura, sugere-se o aprofundamento científico dos processos de tomada de decisão per se, isto é, averiguando a forma como eles efectivamente se desenrolam no seio do corpo administrativo, sob a forma de estudo-inquérito. Posteriormente, estes dados poderiam ser cruzados com uma RSL mais ampla e actualizada ao tema, a fim de preencher essa lacunas, ou identificar novos caminhos de investigação.

Palavras-Chave: gestão de unidades de saúde; dilemas éticos; códigos de ética; processo de tomada de decisão; alocação de recursos.

Folha em branco

Abstract

The technological progress in medicine and the constraints brought by new models of public administration, make the Management of Health Organisations (MHO) a source of ethical dilemmas (Faria *et al.*, 2010). It urges that this area of management can be individualised from the business and medical spheres, and assume its unique and specific position in the field of management. Like other professional classes, it is essential for managers to be able to use their own tools for an ethical exercise of their functions, as it is a Herculean task to marry medical ethics with business ethics. The code of ethics may be a guarantee of a well-defined ethical basis, dictating which principles and ethical values guide the manager's action to ensure equitable access to health care (Faria *et al.*, 2010), without jeopardizing the stability and sustainability of the organization that he runs (Perene *et al.*, 2020; Cinaroglu, 2016). In an era where health needs are increasing, and resources become increasingly scarce, it is imperative to have an organizational management ethically based and structured, to reduce the risk of bias when assuming social and business responsibilities (Begun *et al.*, 2018).

By conducting a Systematic Literature Review (SLR), we identified only nine articles (in a universe of more than 4000) that address the need for a Code of Ethics for Health Managers, which demonstrates the need for scientific deepening of the topic. It is imperative to remove the two-headed monster label that Drucker (1993) has put on it, and assume the distinct nature of Management of Health Organisations. The results obtained confirm that the implementation of this code allows not only to support the administrative body in its decision-making process, but also in the management of resources, sometimes scarce, sometimes expensive, to a progressively more demanding public in health care. Additionally, it was possible to find that this document is a pillar in the construction of an identity of Management of Health Organisations, and therefore, drive social credibility and prestige of its professionals.

However, it was also clear that there are still some gaps in the literature. Therefore, and as guiding line for future research, it is suggested the scientific deepening of decision-making processes *per se*, that is, by investigating how they realistically unfold within the administrative body, in the form of study-inquiry. Subsequently, these data could be cross-checked with a broader and updated SLR on the subject, aiming to fill those gaps and identify new research paths.

Keywords: healthcare management; ethical dilemmas; codes of ethics; decision-making process; resource allocation.

Folha em branco

Índice

	Pág.
Dedicatória	v
Agradecimentos.....	vii
Resumo	ix
Abstract.....	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Acrónimos	xix
1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico.....	6
2.1. O que é a Ética?	6
2.2. Desafios Éticos nas Ciências da Vida: a emergência da Bioética.....	9
2.3. Dilemas Éticos na Gestão de Unidades de Saúde.....	15
2.4. A necessidade de um Código de Ética para gestores de unidades de Saúde.....	23
3. Metodologia.....	28
3.1. Questão de investigação.....	28
3.2. Critérios de Inclusão e Exclusão	30
3.3. Estratégia de Pesquisa	31
3.4. Análise e Selecção dos Artigos	34
4. Resultados	37
4.1. Apresentação dos Resultados.....	37
4.2. Discussão dos Resultados.....	46
5. Conclusão.....	54
6. Referências	58

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1 - PRISMA 2020 flow diagram. Fonte: elaboração própria.

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Composição da questão de Investigação, segundo a estratégia PICO. Fonte: elaboração própria.

Tabela 2 – Bases de dados e termos de pesquisa combinados em expressões booleanas. Fonte: elaboração própria

Tabela 3 – Questões de orientação para a procura de evidência nos artigos em estudo. Fonte: Elaboração própria

Tabela 4 – Apresentação dos dados bibliográficos e resumos dos artigos incluídos na investigação: Fonte: elaboração própria.

Tabela 5 – Extração de dados dos artigos incluídos na pesquisa. Fonte: Elaboração própria.

Folha em branco

Lista de Acrónimos

ACHE – *American College of Healthcare Executives*

ACHCA – *American College of Health Care Administrators*

CEOs – *Chief Executive Officers*

EUA – Estados Unidos da América

GUS – Gestão de Unidades de Saúde

IA – Inteligência Artificial

MHO – Management of Healthcare Organizations

NGP – Nova Gestão Pública

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

S.A. – Sociedade Anónima

s/d – sem data

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Folha em branco

1. Introdução

Nos últimos anos, Portugal colocou em marcha grandes transformações nos vários sectores do Estado como resposta às constantes ameaças sobre a sua estabilidade financeira e económica. Sendo uma das problemáticas sociais mais importantes no país, a Saúde não foi excepção a esta reforma (Carvalho, 2006; Correia, 2009, Nunes *et al.*, 2015). A necessidade de contenção no financiamento por recursos públicos, e a exigência de aumento na eficiência e eficácia das instituições de Saúde, conduziram à implementação de novas medidas de gestão mais rigorosas na administração dos recursos, com objectivos, metas, e indicadores de desempenho bem definidos (Cruz *et al.*, 2015; Nunes, 2006).

A carência de meios e a crise financeira, herdadas pelo modelo Estado-Providência do período pós Segunda Guerra Mundial, foram catalisadores para o nascimento do modelo da Nova Gestão Pública (NGP) nos países Anglo-Saxónicos (Correia, 2009, Pita, 2022). Defendendo um Estado como entidade reguladora, ao invés de um Estado produtor e prestador de serviços, torna-se, por isso, cada vez mais eficiente, eficaz e economicamente sustentável (Pita, 2022). Com o lema “Menos Estado, melhor Estado” (Major *et al.*, 2014, pág. 477), este “assume cada vez menos uma postura intervencionista, reduzindo significativamente as tarefas que lhe são atribuídas no plano social e assumindo particular relevância no âmbito das actividades de gestão, de controle e de regulação.” (Nunes *et al.*, 2015, pág. 4).

Em 2002, o governo português aprovou uma alteração à Lei de Bases da Saúde, que implementava um novo regime de gestão hospitalar: os hospitais públicos adquiriam, desta forma, o estatuto jurídico de hospitais empresariais (Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro), e a partir deste momento, o apoio financeiro para a prestação dos cuidados de saúde dependerá das evidências de prática clínica (Nunes *et al.*, 2015; Pita, 2022). O objectivo maior seria a melhoria do serviço prestado ao utente, e o aumento da eficiência organizacional, com reflexo nos ganhos em saúde, e na racionalização dos recursos humanos, encorajando, por conseguinte, a celebração de contratos individuais de trabalho (Sequeira, 2017). Nas palavras de Correia (2009, p. 86), “a empresarialização hospitalar apresentou-se como a possibilidade de adequar a prestação pública de cuidados às necessidades financeiras sentidas, num contexto internacional de crises fiscais e de problemas orçamentais dos estados”.

O financiamento público dos Hospitais passa a realizar-se de forma prospectiva, com base em contratos-programa entre prestador de serviços e Estado, e na capacidade de prever a produção hospitalar anual de cada organização: o primeiro assume o compromisso de atingir as metas quantitativas e qualitativas por si definidas, e o último o de fornecer os meios financeiros necessários para a concretização desses objectivos (Santos, 2020). “Os hospitais entidades públicas empresariais constituem assim, empresas públicas, geridas em nome do

interesse público, em que o seu financiamento, sendo público, passa a ser realizado em função dos resultados obtidos” (Cruz *et al.*, 2012, pág. 106).

Não obstante da introdução desta nova metodologia de gestão na área da Saúde, ela carrega consigo grandes desafios ao gestor, sobretudo pela especificidade organizacional, incomparável às empresas de outros sectores (Faria *et al.*, 2010; Jaime *et al.*, 2010). Nas palavras de Santos (2020, pág. 21): “a complexidade dos serviços de Saúde agregando um vasto grupo de profissionais, necessitam de um gestor empreendedor, empenhado, que assuma um compromisso com uma gestão”. O compromisso de responder às necessidades da população que serve, adaptando-se ao rápido crescimento do conhecimento científico, e respectiva evolução tecnológica da Medicina, enquanto gere e responde às expectativas dos seus diferentes *stakeholders*, conferem à Gestão de Unidades de Saúde um grau de complexidade exponencialmente elevado (Cinaroglu, 2016).

A necessidade de manter a qualidade dos serviços de saúde, face aos constrangimentos orçamentais, precipitou novas abordagens de gestão organizacional, mais atentas à redução e optimização de recursos e processos, sem comprometer o acesso universal e equitativo aos cuidados (Jaime *et al.*, 2010; Nunes, 2015). Procura-se, pois, atingir os melhores resultados em Saúde possíveis, consoante condições culturais, sociais, e económicas do presente (Pereno *et al.*, 2020). A recente pandemia Covid-19, confrontou os sistemas de Saúde com a dificuldade titânica de gerir e alocar os recursos disponíveis, no que respeitou, sobretudo, à provisão dos cuidados médicos, e à distribuição de recursos, para dar resposta às necessidades da população. A procura por cuidados de Saúde foi muito superior à oferta disponível, e este fenómeno obrigou a uma racionalização mais controlada dos recursos. De facto, esta racionalização é um factor presente no dia a dia de todas as organizações, já que a tentativa de satisfazer todas as necessidades de Saúde de uma população específica, significaria o colapso de todo o sistema. A pandemia apenas despoletou a necessidade de harmonizar princípios da Bioética, como a justiça distributiva, a autonomia e a beneficência, que por si só foi elemento catalisador para novas considerações éticas na gestão em Saúde (Yip *et al.*, 2022).

Para o gestor em Saúde, o grande desafio prende-se por tomar uma decisão que satisfaça tanto a organização à qual pertence, como a sociedade a quem presta cuidados clínicos, de uma forma justa e imparcial (Santos, 2020). Num momento onde se impõe uma racionalização de custos e recursos no sector da Saúde, é fundamental uma forte estrutura ética que oriente o desempenho do gestor, e, conseqüentemente, da organização, garantindo um acesso justo e imparcial aos cuidados. No entanto, o desafio “é determinar a justiça desta ou daquela distribuição dos recursos. Uma forma de garantir a equidade no acesso aos cuidados de Saúde é definir um cabaz mínimo de serviços que devem ser garantidos sempre a qualquer pessoa” (Faria *et al.*, 2010, p. 96).

A mudança de paradigma na gestão das unidades de Saúde – que passa de um modelo de gestor clínico, para um modelo de gestor não clínico – comporta decisões administrativas, que se sobrepõem à relação médico-utente, expondo de forma colossal o dilema entre justiça social e direitos individuais do utente (Jaime *et al.*, 2010). Em Portugal, nas últimas décadas, diferentes grupos profissionais da Saúde foram desenvolvendo e implementando Códigos de Ética, e Códigos Deontológicos, específicos à sua prática. No entanto, o desenvolvimento e actualização destes códigos não foi acompanhado pela possibilidade da criação de um Código de Ética para Gestores de Unidades de Saúde, à semelhança do que acontece já nos Estados Unidos da América (EUA) – onde, já há muito tempo, se admite que a presença simultânea da ética médica e da ética organizacional, traz consigo a necessidade de desenvolver este documento, com o objectivo de guiar as decisões e acções éticas dos seus membros (Nelson *et al.*, 2018). Em situações de conflito, entre a submissão do gestor às responsabilidades para com a empresa, e o seu compromisso para com o doente e a sociedade, o Código de Ética poderá constituir-se como uma ferramenta preciosa de auxílio na tomada de decisões equitativas (Faria *et al.*, 2010).

Com a fraca disponibilidade e eficiência dos recursos actuais, o processo de tomada de decisão torna-se crucial, sobretudo quando é imperativo maximizar os ganhos em Saúde (Carneiro, 2019). A tomada de decisão nesta área torna-se, assim, um problema multidimensional ao envolver vertentes médicas, tecnológicas, sociais, éticas e económicas, com o intuito de fornecer julgamentos precisos, económicos, racionais e transparentes (Chakraborty *et al.*, 2023). Segundo Rawls, citado por Bilhim (2014), o desenvolvimento e implementação de um Código de Ética permite elaborar um conjunto de princípios, que qualquer membro participante considere equitativamente justo. Faria *et al.* (2010), sublinham bem esta conveniência de um Código de Ética para Gestores de Saúde: como ferramenta de recurso no processo de tomada de decisão, como guia auto-regulador dos comportamentos aceitáveis na gestão em Saúde, definindo as linhas de actuação do gestor, e melhorando os padrões de actuação exigíveis, aumentando, assim, o prestígio profissional dos Gestores em Saúde.

Considerando que a Gestão de Unidades de Saúde engloba dois universos éticos – da Gestão e da Medicina –, acredita-se que o estudo deste tema é bastante pertinente, sobretudo num tempo onde a mudança e a evolução são constantes. Com seu Código de Ética, a *American College of Healthcare Executives* (ACHE) vem demarcar a esfera de acção ética dos Gestores de Saúde. Este documento integra padrões de comportamento ético esperados, e serve como orientação de conduta profissional, demarcando assim as responsabilidades dos Gestores em Saúde: para com a própria profissão, responsabilidades para com a população, para com a organização onde desempenha funções, para com os seus funcionários, e também responsabilidades para com a sociedade onde se insere (Faria *et al.*, 2010).

A questão que norteia este trabalho visa esclarecer se a existência de um Código de Ética específico aos gestores de unidades de saúde é, ou não, pertinente para uma gestão mais ética destas estruturas. Considerando a peculiaridade e complexidade das organizações, que desafios éticos experienciam os seus gestores, e a que ferramentas recorrem para resolver situações eticamente dilemáticas? Deveriam os gestores seguir o exemplo da *American College of Healthcare Executives*, ao implementar um Código de Ética específico para facilitar o processo de gestão no geral, e o processo de tomada de decisão no campo particular? Ao longo da investigação, tenciona-se também apurar a que outras ferramentas recorrem os gestores, nos processos de tomada de decisão, quando confrontados com situações eticamente complexas, verificando a pertinência da implementação deste Código de Ética.

Assim, e em primeiro lugar, o presente estudo tem como objectivo entender se a Gestão de Unidades de Saúde (GUS) pode ser considerada uma fonte de dilemas éticos, enquanto actividade profissional, bem como averiguar quais, se existirem, os desafios éticos experienciados de forma mais frequente pelos gestores. Em segundo lugar, pretende-se averiguar se a existência de um Código de Ética para gestores de unidades de saúde tem algum impacto na GUS, isto é, se contribui para o bom desempenho ético e profissional do gestor. Consideramos igualmente pertinente, entender em que situações a existência deste Código poderá ser um recurso vantajoso e decisivo, no desempenho das funções do gestor – prevê-se que poderá ser ferramenta útil no processo de tomada de decisão, sobretudo ao fazer uma analogia com outros grupos profissionais, em circunstâncias semelhantes. No entanto, deseja-se descobrir se este documento poderá trazer benefícios para GUS, além destes práticos já antecipados. No decorrer desta temática do processo decisivo, tenciona-se ainda, e por último, apurar na literatura científica, quais os recursos mais utilizados pelos gestores, quando estes processo se revelam eticamente complexos e dilemáticos. Pretende-se que estas questões possam direccionar a futura pesquisa, encontrando as respectivas respostas. É de referir, porém, que será possível não obter tais informações e encontrar assim lacunas de investigação que possam ser posteriormente exploradas e que outras questões possam ser levantadas durante o estudo.

A execução deste trabalho pressupõe uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) referente ao tema da Gestão de Unidades de Saúde como fonte de dilemas éticos. Para que este objectivo seja conseguido, é fundamental que a RSL seja exaustiva e inclua toda a literatura relevante ao tema, enquanto segue uma metodologia rigorosa e reprodutível que facilite a selecção de artigos e levantamento dos dados científicos. No entanto, seria quase inexequível abranger a totalidade de estudos existentes na comunidade científica, pelo que importa definir que estudos serão incluídos na investigação futura. Assim, pretendem-se incluir artigos publicados em Português, Espanhol, Inglês e Francês, entre os anos 2000 e 2024, disponíveis nas bases

de dados Cochrane Library, MedLine, PubMed, Scielo, ScienceDirect e Scopus. Considera-se importante também o recurso às fontes de literatura cinzenta, seguindo a sugestão de Donato *et al.* (2019) ao utilizar a Open Grey (www.opengrey.eu), e o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (www.rcaap.pt).

O documento encontra-se estruturado em quatro partes distintas: enquadramento teórico, metodologia, resultados e conclusão. Na primeira parte, pretende-se apresentar uma breve definição da Ética, e quais as preocupações que lhe estão inerentes nas Ciências da Vida. Posteriormente, pretende-se estreitar a Ética aplicada à gestão de Unidades de Saúde, com o objectivo de levantar as questões conflictuais entre os dois universos éticos da Gestão de Unidades de Saúde: ética clínica e ética empresarial. Procedendo à contextualização da problemática em estudo, esperamos identificar qual o impacto de um Código de Ética na resolução destes desafios e nos processos de tomada de decisão, e ainda avaliar a pertinência da sua implementação específica para gestores de unidades de Saúde.

Na segunda parte do trabalho, é apresentada a metodologia seguida utilizada na presente RSL, e formuladas as questões de investigação que irão nortear a pesquisa. Aqui, também se encontrarão explanados os critérios de inclusão e exclusão, utilizados na selecção dos artigos a incluir na análise final, com base no diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA). No terceiro capítulo, tenciona-se apresentar os resultados da investigação, e respectiva discussão dos mesmos, tendo como objectivo primordial encontrar resposta às questões de partida do estudo. No último capítulo, serão apresentadas as conclusões do trabalho, identificando as limitações encontradas, e sugerindo linhas de investigação futuras.

2. Enquadramento Teórico

2.1. O que é a Ética?

A Ética é um conceito que faz parte do quotidiano de qualquer ser humano, mas cujo alcance de uma definição curta e precisa, pode avistar-se como tarefa árdua e intrincada. Como refere Santos (2012), qualquer indivíduo já experienciou momentos onde se questionou sobre qual o caminho a seguir, o que deveria fazer nas múltiplas dimensões e direcções da sua vida, e também já viveu momentos de dúvida, de reflexão, e de tomada de decisões complexas. Em termos gerais, a Ética pode ser definida como uma corrente da filosofia que estuda os costumes e a fundamentação das acções humanas. Em termos particulares, definir Ética é tão complexo quanto o entrelaçamento das suas raízes etimológicas (Valls, 1994).

A reflexão sobre os fundamentos da vida moral é narrada desde os anos 500 a 300 a.C., tempo áureo do pensamento grego. A génese da reflexão ética acontece com Sócrates, que afirmava que “uma vida sem exame”, isto é, sem fundamentação do modo de viver e sem que cada indivíduo não procure em si a resposta à questão “Como devo viver?”, não valeria a pena ser vivida (Santos, 2012, p. 37). No entanto, foi Aristóteles quem apresentou, pela primeira vez e de forma sistemática, os princípios da ética da acção humana através da sua obra “Ética a Nicómaco”. Nela ele escreveu que “todo o procedimento práctico e toda a decisão, parecem lançar-se para um certo bem. É por isso que tem sido dito acertadamente que o bem é aquilo por que tudo anseia” (Aristóteles, 1094a1). Este filósofo, defendia que a formação do carácter de um sujeito concretiza-se através da aquisição de hábitos, podendo estes ser adjectivados como bons ou maus, e da repetição das boas acções que lhes estão correspondentes. A Ética seria, assim, a linha orientadora da acção humana, que conduz o indivíduo às boas acções, às virtudes, ou a acções não éticas, ou vícios. Ela assume-se como a ciência dos costumes, e, por isso, nascem aqui as primeiras divergências na sua definição conceptual (Figueiredo, 2008).

Etimologicamente, a palavra Ética tem origem no vocabulário grego *ethos*, que, sendo representado com duas grafias distintas – *êthos* e *éthos* –, resulta naturalmente numa amplitude de diferentes significados, que, com a evolução no tempo, vão distanciando-se entre si (Figueiredo, 2008; Santos, 2012). Mais tarde, com a tradução de *ethos* para o latim *mos*, a diversidade de definições, e o respectivo objecto de estudo, aumentam substancialmente. Na sua origem primitiva, *êthos* significa carácter ou índole, e representa o modo de ser de cada indivíduo, aquilo que o caracteriza, os seus hábitos e comportamentos (Santos, 2012).. Por sua vez, *éthos* significa hábito ou costume, ou seja, os actos concretos e particulares através dos quais os indivíduos realizam os seu projecto de vida (Figueiredo, 2008). Estes hábitos a que se referem *éthos*, são não só aceites, mas também normativamente prescritos por uma sociedade: “num costume está implícita uma *norma* social” (Santos, 2012, p. 41).

Com a tradução da filosofia grega para o latim, Cícero conflui os termos *êthos* e *éthos* apenas num único: *mores* (costumes), já que ambos seriam utilizados para definir o mesmo conceito (Santos, 2012). Por sua vez, a expressão *moralis* (moral) seria utilizada para definir a vertente filosófica que estuda os costumes (Santos, 2012). A moral, refere-se então às regras de conduta assumidas de forma livre e consciente pelos indivíduos, com o objectivo de catalogar as relações interpessoais de acordo com os valores do bem e do mal (Figueiredo, 2008).

Um dos modelos mais antigos da filosofia moral, a corrente ética das virtudes, trazida por Aristóteles e Sócrates, argumenta que as pessoas virtuosas são aquelas que se encontram preparadas para tomar decisões mais correctas, independentemente do contexto onde se desenrola a acção (Cruz, 2020). A virtude constitui-se, por isso, uma particularidade do carácter de um sujeito que o leva a agir, habitual e naturalmente, de forma correcta (Cruz, 2020). No entanto, esta teoria entrou em declínio quando o conceito de virtude foi utilizado por Maquiavel na sua obra *O Príncipe*, como sinónimo de astúcia, violência e domínio político: “os homens são tão simples e tão obedientes às necessidades do momento, que quem engana encontra sempre quem se deixe enganar” (Maquiavel, 1994, p. 110).

Sob um ponto de visto cronológico progressivo, assistiu-se ao abandono da questão do carácter no termo *êthos*, por se considerar empírica ou pedagógica (aprendida), para dar lugar a uma reflexão mais centrada na vertente *éthos*, que diz respeito à conformidade dos actos com as normas sociais. A questão de Sócrates “Como devo viver?” é substituída pela questão da ética moderna “O que devo fazer?” (Santos, 2012, p. 32). Ou seja, e parafraseando Figueiredo (2008, p. 4), nesta reflexão filosófica sobre a conduta humana, do ponto de vista dos actos morais, a ética “vai examinar a natureza dos valores morais e a possibilidade de justificar o seu uso na apreciação e na orientação das nossas acções, nas nossas vidas e nas nossas instituições”. Santos (2012), recorre a uma metáfora esplêndida para definir a ética:

Ao fornecerem informações sobre o mundo, as ciências da natureza e da sociedade fornecem aquilo a que podemos chamar *fotografias* ou *mapas* do que existe. A ética, ao contrário, não fornece um *mapa* mas uma *bússola*, ou seja, algo que serve para nos orientarmos no mundo humano, nas nossas relações com os outros, na nossa vida, bem como na nossa relação com os seres vivos de outras espécies e com a natureza em geral (p. 33).

A ética clássica heteronómica, que legitima a norma moral pela moral cristã, e segundo a qual tudo deve ser feito de acordo com a vontade de Deus, começa assim a experienciar uma ruptura, em muito impulsionada por Immanuel Kant, no final do século XVIII, que introduz o princípio da autonomia da vontade, no pensamento filósofo moderno (Santos 2012; Silva,

2014). Ele afirma que aquele que se deixasse conduzir pelos seus desejos e impulsos naturais, tornar-se-ia escravo desse próprio desejo, e, por isso, encetar-se-ia em jogos de manipulação dos outros e das circunstâncias em que se encontrasse, como método para alcançar o que desejasse (Campos *et al.*, 2002). Com a sua obra *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, Kant estabeleceu conceitos como *boa vontade* (no sentido de bem supremo incondicional e absoluto) e *dever* (agir em conformidade com o bem estar individual e universal), dando origem ao desenvolvimento de uma filosofia moral prática, e baseada numa ética deontológica (Silva, 2014). Ao indivíduo, era exigido o requisito da acção concordante com o imperativo categórico: “Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal” (Campos *et al.*, 2002, p. 5). No entanto, Kant defendia, simultaneamente, que o ser humano não possui bondade natural, que para se tornar um ser moral deveria estar subjugado ao dever, já que “por natureza somos egoístas, ambiciosos, destrutivos, agressivos, cruéis, ávidos de prazeres que nunca nos saciam e pelos quais matamos, mentimos, roubamos” (Campos *et al.*, 2002, p. 5).

De acordo com a filosofia deontológica de Kant, a acção ética resulta puramente do dever racional (Silva, 2014). A boa vontade abandona a esfera da subjectividade e passa a ser determinada pelo agir em função do *dever*, que aqui se assume como elemento normativo e soberano à finalidade das acções do indivíduo (Martins *et al.*, 2021). Nas palavras de Silva (2014, pág. 175), Kant defendia a existência de “um bem supremo absoluto capaz de nortear as acções individuais e que, portanto se colocava não somente acima de toda e qualquer utilidade, mas também de toda e qualquer concepção de bem e mal”. Ou seja, a notoriedade moral de uma acção é apreciada pela motivação ética, independentemente das suas consequências (Campos *et al.*, 2002).

Contudo, esta vertente deontológica da filosofia moral é fortemente criticada por estar baseada num elevado ideal ético, correndo o risco de se tonar excessivamente exigente e, por isso, inexecutável (Martins *et al.*, 2021). Georg W. F. Hegel contornou esta questão afirmando que o ideal requer ser uma contextualização com a praxis humana, ou seja, é imperativo ajustar o conceito de ideal às circunstâncias quotidianas do indivíduo: a sua vida familiar, a vida social, o trabalho, etc. Segundo Martins *et al.* (2021), a foi ética moral de Hegel que abriu as portas para uma moralidade baseada no bem, onde o direito e o bem universal caminham de mãos dadas. O comportamento humano, começa a ser norteadado com intuito de incluir o bem maior, ou o bem universal, na mesma proporção em que o indivíduo inclui o próprio bem, na intenção da sua acção.

A procura pelo bem supremo, que pode ser definido como o bem estar e a felicidade para o maior número de indivíduos, tornou-se a característica principal da denominada Corrente Utilitarista da Ética (Martins *et al.*, 2021), e ganhou maior visibilidade com John Stuart Mill,

por ir um pouco mais além da teoria puramente hedonista dos seus antecessores, David Hume e Jeremy Bentham (Martins *et al.*, 2021). A abordagem do Utilitarismo, defende que a finalidade da acção é a maximização do bem estar universal, deixando de lado o egoísmo das acções que procuram apenas a felicidade individual. Para Mill, é possível avaliar a moralidade de um acto apenas pelas consequências que ele desencadeia, e por isso, este carácter consequencialista do Utilitarismo diferencia-o das outras correntes éticas. Pressupondo que as consequências das acções determinam a bondade moral do acto, esta torna-se, por isso, uma teoria passível de verificação.

Ao contemplar as diferentes vertentes filosóficas da Ética anteriormente apresentadas, é possível inferir que este conceito ainda se confunde com o de *moral*, sendo, por isso, frequentemente usados para definir um mesmo fenómeno (Santos, 2012; Silva, 2014). Contudo, Figueiredo (2008, p. 8) apresenta uma clara e modesta distinção entre ambos: moral é o “conjunto de regras de condutas assumidas livre e conscientemente pelos indivíduos, com a finalidade de organizar as relações interpessoais, segundo os valores do bem e do mal”, e a Ética é “a parte da filosofia que se ocupa com a reflexão sobre as noções e os princípios que fundamentam a vida moral”.

Em poucas palavras, a Ética é uma reflexão filosófica teórica e argumentada sobre as normas morais e formas de vida (Santos, 2012). Por sua vez, a moral pode ser entendida como o “sistema de princípios e normas sociais aceites, respeitadas e geralmente aplicadas pelos indivíduos que constituem essa sociedade” (Santos, 2012, p. 45). Ao serem intrínsecas a uma sociedade, essas normas são dotadas de um carácter histórico, e evoluem com a própria condição humana: o que pode ser considerado moral ou certo nos dias de hoje, poderá ter um passado imoral ou errado (Santos, 2012). Todas as sociedades ou grupos humanos são, assim, orientados por uma moral, e os seus membros sancionados, caso entrem em incumprimento. No entanto, será arriscado afirmar que todos são providos de uma ética, pois esta obriga à reflexão explícita e racional das normas, sob um fio condutor: garantir a melhor forma de viver do indivíduo e do grupo. A função da Ética é indicar qual a melhor forma de agir, nas diferentes esferas da interacção humana, perante um universo de inúmeras possibilidades .

2.2. Desafios Éticos nas Ciências da Vida: a emergência da Bioética

Os primeiros passos da reflexão ética na esfera das Ciências da Vida, impulsionados pela própria necessidade, emergem com o progresso biomédico (Cascais, 1997; Harkness *et al.*, 2001; Sethuraman, 2022): a experimentação clínica desenfreada em seres humanos nos campos de concentração Nazi, obrigaram a uma regulamentação das práticas de investigação,

pela parte da comunidade científica, com a finalidade de prevenir de eventuais abusos futuros. Em pleno rescaldo da 2ª Guerra Mundial, o Tribunal de Nuremberga revelou os abusos monstruosos sucedidos durante a investigação clínica em seres humanos, que ocorriam nos campos de concentração do regime Nazi. No julgamento desses crimes de guerra, realizado em 1946 pelo mesmo Tribunal, 20 dos 23 arguidos eram médicos, e 16 deles foram indubitavelmente considerados culpados (Lopes, 2014). Deste processo, e um ano mais tarde, nasceu o Código de Nuremberga, que veio proclamar que “o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial e isto significa que a pessoa envolvida deve ter a capacidade legal de consentir” (*Nuremberg Code*, citado por Diniz *et al.*, 2001, pág. 680). Pela primeira vez na história, foram assim consagrados o direito ao consentimento informado e à autonomia de decisão do paciente.

Contudo, e como viria a ser, mais tarde, evidenciado por determinadas pesquisas desenroladas nos EUA, existia uma crença infundada na comunidade científica norte-americana, que o Código de Nuremberga se encontrava exclusivamente orientado para os investigadores nazis (Diniz *et al.*, 2001). Para eles, este documento referia-se apenas a uma medicina praticada com e por malícia, típica desse regime político, e oposta à medicina exercida em países democráticos, onde os investigadores se empenham para o avanço da ciência e da medicina curativa. Será na sequência desta lacuna deixada por Nuremberga, preenchida por um certo receio que os princípios ali declarados se aplicassem apenas a grupo ou populações mais vulneráveis, que, em 1964, a Associação Médica Mundial propõe um documento imperativo para todos os investigadores e investigações científicas: a Declaração de Helsínquia (Cascais, 1997). Apesar de estar isenta de poderes legais ou normativos, ela constitui-se como um guia ético mandatário para qualquer pesquisa clínica. Ao conjugar as boas práticas da investigação, com a ética do cuidado profissional, a Declaração de Helsínquia veio definir uma base ética mínima necessária às pesquisas e ensaios clínicos com seres humanos, traduzindo e incorporando os preceitos éticos do Código de Nuremberga, pelas entidades médicas a nível mundial (Diniz *et al.*, 2001).

Não obstante, apesar de se constituir um marco fundamental na história da Bioética, o Código de Nuremberga não se revelou suficiente para erradicar condutas condenáveis no seio das equipas de investigação, como foi referido anteriormente. Em 1966, Henry Beecher publica um artigo que abala a comunidade científica, expondo 22 exemplos dessas condutas não éticas (depois das várias revisões ao texto original, onde apresentava 32 casos iniciais), associadas a pesquisas clínicas executadas em escolas médicas, hospitais militares e centros clínicos dos EUA. Duas décadas depois da promulgação do Código de Nuremberga, os abusos na pesquisa clínica deixavam de estar associados exclusivamente ao corpo clínico do regime nazi. A publicação de Beecher não foi suficiente para resolver todas as controvérsias envolvidas na

pesquisa clínica, mas foi com certeza um ponto fulcral na implementação de regulamentação governamental na conduta de experimentação humana nos EUA (Harkness *et al.*, 2001).

A forma como a pesquisa científica estava a ser desenrolada nesta época, foi, claramente, motivo para vários debates sobre a dimensão ética da acção clínica (Martins, 2018). Contudo, as descobertas tecnológicas e o modo como eram operacionalizadas no campo da saúde, trouxeram consigo novas e diferentes inquietações para a comunidade científica, resultando, regularmente, em discussões frutíferas (Cascais, 1997; Fletcher, 1954). A primeira dessas inovações tecnológicas, que agitou o sistema de conceitos éticos clínicos em vigor na altura, foi o desenvolvimento de um aparelho de ventilação mecânica no final da década de 50, que aportou um aumento considerável da taxa de sobrevivência de doentes respiratórios crónicos. A fraca disponibilidade dessa tecnologia (cara, e difícil de produzir em massa), lançou questões e desafios intensos de ordem moral, que ainda encontram as suas análogas nos dias de hoje, perante cenários de escassez de recursos: “Como se deve proceder em relação a um paciente irrecuperável e que só sobrevive por estar ligado ao equipamento? É permitido desligá-lo? Quando? Como decidir? Quem deve fazê-lo?” (Lopes, 2014, p. 266). O tratamento de pacientes renais crónicos através das máquinas de hemodiálise, desenvolvidas nos anos 60, trouxe questões éticas semelhantes: como eleger quais os utentes a atender, considerando a fraca disponibilidade de recursos? Que critérios utilizar?

Ao longo da história da medicina, as questões da moral e da ética não foram apenas despoletadas pela escassez de recursos, mas também por acontecimentos onde emergem questões sobre a própria vida e o acesso a ela. Tomando como exemplo o primeiro transplante cardíaco, realizado em 1967 no Groote Schur Hospital (África do Sul), é fácil compreender a importância histórica de tal acontecimento, e os consequentes benefícios para a qualidade e esperança média de vida das populações. No entanto, e considerando que a paciente dadora se encontrava em morte cerebral, naturalmente surgiram questões como “Morrendo o cérebro, morre também a pessoa?” ou “Quando considerar que alguém está definitivamente morto? A morte é um momento ou é um processo?” (Lopes, 2014, p. 269). O progresso médico viria a revelar-se, assim, um importante catalisador para a definição de conceitos como vida, morte, e individualidade.

Os dois exemplos anteriormente apresentados como fontes de questões éticas – ventilação mecânica e transplantes cardíacos –, partilham a premissa de que o indivíduo tem acesso aos serviços de saúde. Esta era uma questão frequentemente assumida como garantida, mas que a história provou estar errada com a denúncia do Estudo de Tuskegee. Este estudo decorreu entre 1932 e 1972 em Tuskegee, uma cidade rural em Alabama (EUA), cuja população era maioritariamente analfabeta e de raça negra. O objectivo da investigação seria a observação da progressão natural da sífilis não tratada, e considerando a elevada taxa de prevalência da

doença em Tuskegee, esta foi considerada por muitos investigadores uma oportunidade única para estudar cientificamente esta patologia. É importante salientar que, no início da investigação, ainda não existia qualquer abordagem curativa da doença. A descoberta da penicilina como fármaco eficaz no combate à sífilis acontece em 1947. Contudo, esta informação foi mantida oculta à população em estudo, e o acesso ao fármaco foi deliberadamente refutado aos seus participantes, tudo em nome da ciência. O Estudo de Tuskegee viria a ser considerado um escândalo na comunidade científica, por violar explicitamente os direitos civis do indivíduo no acesso à saúde, e por uma cruel e objectiva demonstração de racismo (Lopes, 2014).

A proliferação de documentos para a regulação ética, na pesquisa em seres humanos desde o Código de Nuremberga, não foi suficiente para impedir a recorrência de investigações não éticas, como veio revelar o caso de Tuskegee (Lopes, 2014). Desta forma, e para dar continuidade e complementaridade ao Código de Nuremberga (um documento de natureza jurídica, mas não legalmente vinculativo), foi publicado o Relatório de Belmont, em 1979. Nele são apresentadas as directrizes, e os primeiros princípios éticos, para a protecção dos seres humanos em investigações científicas: o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça (Neves, 2007). O respeito pelas pessoas pressupunha duas convicções éticas: todos os indivíduos devem ser tratados como agentes autónomos, e aqueles com autonomia reduzida têm direito a protecção. De igual forma, o princípio da beneficência implicava duas directivas: não fazer o mal, e maximizar o benefício das intervenções clínicas, com o mínimo de danos colaterais possível. Por último, a justiça fazia referência à equidade individual e social na selecção dos indivíduos para as pesquisas clínicas (Lopes, 2014; Neves, 2007).

Como consequência do trabalho no Relatório de Belmont, em 1977, Beauchamp e Childress publicam uma das grandes obras da bioética "*Principles of Biomedical Ethics*", iniciando a corrente bioética Princípalista, que fundamenta a actuação clínica em princípios éticos suscitados anteriormente por outros teóricos, mas agora de forma mais estruturada no que respeita à prestação de cuidados de saúde. O respeito pelas pessoas foi substituído pelo princípio da autonomia, e privilegia a decisão do paciente sobre o seu processo clínico; a beneficência desdobra-se em princípio da beneficência e princípio da não maleficência, imputados à prestação dos cuidados de saúde; e o princípio da justiça estende-se a assuntos relacionados com a vida e a saúde dos indivíduos, abandonando a sua, quase exclusiva, característica distributiva (Lopes, 2014).

Todo o potencial criado pelo desenvolvimento tecnológico, identificou uma lacuna entre as ciências e as humanidades, obrigando a uma reflexão ética específica, já que, segundo Beauchamp e Childress (2019), este campo não tinha literatura suficiente, que relacionasse a teoria moral com a metodologia, sobretudo após o cunho do neologismo Bioética por Van

Rensselaer Potter, no início dos anos 70. A necessidade de criar uma disciplina, capaz de reunir os valores entre estes dois domínios, foi propiciada pela procura de Potter em estabelecer um diálogo entre a ciência da vida (do grego *bios*), e os valores e ética da sabedoria prática, cunhando o neologismo Bioética (Zanella *et al.*, 2019). Potter, urgindo para uma disciplina sobre como usar o conhecimento para a sobrevivência da espécie humana, e o aumento da sua qualidade de vida, propõe o termo Bioética, para “enfatizar os dois ingredientes mais importantes na obtenção da nova sabedoria que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos” (Zanella, 2018, p. 477). O “*Principles of Biomedical Ethics*” de Beauchamp e Childress, propõe caminhos capazes dar continuidade à ideologia de Potter, sobre a aplicação do conhecimento científico nas Ciências da Vida, que mantém como pilar e farol de toda a acção, os princípios bioéticos que nele defendem. Por essa razão, e também pelo empenho dos autores nas frequentes actualizações da obra, ele é considerada por muitos, como uma das maiores referências literárias da Bioética.

Apesar de ser alvo de algumas críticas sobre a sua fragilidade, pela ausência de uma teoria filosófica e ética de sustentação, e real aplicabilidade, pela ausência de um sistema hierárquico capaz de resolver possíveis conflitos entre os próprios princípios (Gordon *et al.*, 2011; Martins, 2013; Takala, 2001), esta é a corrente Bioética que mais se aproxima do Relatório de Belmont. Beauchamp e Childress apresentam quatro princípios que se assumem como pontos cardeais para a mediação de conflitos éticos, já que constituem um núcleo em torno do qual gravita todo o universo dos valores sociais (Cascais, s.d.). Segundo os autores, todas as questões de valor podem ser resolvidas em torno destes princípios, pois estes apresentam-se como objectivos e são partilhados pela moral comum, sendo por isso considerados *prima facie* (Martins, 2013).

O sucesso desta vertente deve-se, sobretudo, ao facto de os autores não se limitarem à explanação dos quatro princípios propostos, mas também por procurarem apresentar uma forma de operacionalização na sua aplicação prática, ou seja, como uma ferramenta adequada às tomadas de decisão na área da Bioética, sobretudo no espaço médico (Martins, 2013). A aplicação destes eixos – Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça – admite a existência de conflitos entre eles, exigindo por isso a necessidade de efectuar uma ponderação sobre aquele que prevalece ou tem mais força numa determinada situação. A ponderação e argumentação para a preferência de um princípio predominante, e o abandono de outro, deve estar claramente explanada, e para tal deve proceder-se à especificação dos mesmos. Deste modo, aquando da existência de tal conflito, será necessário definir qualitativamente as normas gerais de cada caso ou situação, devendo os intervenientes recorrer a especificações e “definir qualitativamente as normas gerais aos casos através de especificações tais como «as circunstâncias», «quem», «o quê» e «quando»? Ou seja, especificar o significado, alcance e

escopo das normas gerais (o conteúdo), de um lado, e seu peso e força, de outro” (Motta *et al.*, 2020, p. 2441). O objectivo primordial desta metodologia, será impossibilitar que um princípio se sobreponha a outro sem uma argumentação claramente fundamentada. O Principlismo representa um elemento fundamental na mediação as diferentes posições morais que frequentemente são suscitadas na esfera da Bioética, não por apresentar soluções definitivas, mas pelo facto de conduzir a um caminho de opções e acordos viáveis, sobretudo tendo em consideração todas as alterações nos campos científico e tecnológico.

Na esfera da literatura científica contemporânea, Joseph Fletcher foi o primeiro a estender a ética na prática clínica a assuntos como a eutanásia, o aborto, ou o direito do paciente a conhecer toda a verdade sobre a sua condição clínica, com a publicação do seu livro *Morals and Medicine*, em 1954. Contudo, só após os movimentos civis da década e 60, focados em questões como a justiça e a igualdade, é que a Bioética ultrapassa os limites da medicina, da enfermagem e das ciências biomédicas, e começa a incluir áreas como o direito, economia e políticas públicas (Sethuraman, 2022). Em 1969, a fundação do *Hastings Centre – Institute of Society, Ethics and the Life Sciences* (New York), vem assumir a liderança na definição da direcção, métodos e standards intelectuais da Bioética através da sua publicação periódica *The Hastings Centre Report* (Scher *et al.*, 2018). As questões éticas decorrentes de uma medicina em permanente mudança e expansão tecnológica, aumentaram a deficiência entre as necessidades de saúde da população, e a capacidade de resposta das práticas estabelecidas pela profissão médica – o *Hastings Centre* pretendia, desta forma, encontrar soluções, e providenciar orientações científicas, às questões éticas emergentes desta lacuna.

A mudança das concepções éticas tradicionais pode observar-se em três grandes níveis: no que respeita à Natureza e qual o domínio da medicina; no que significa a saúde e qual o seu alcance no contexto da vida humana; e, por último, no que diz respeito à compreensão do significado social e cultural de viver uma vida verdadeiramente humana (Cascais, 1997; Figueiredo, 2008; Scher *et al.*, 2018). A existência de novas tecnologias terapêuticas permitiram transformar doenças fatais, em doenças crónicas de sobrevivência prolongada, mas também levantaram questões como sobre o que é realmente viver, ou qual a concepção de bem estar e saúde, e introduziram novos conceitos como a saúde feminina e a saúde reprodutiva. O progresso da ciência e da tecnologia, foram catalisadores para a mudança de paradigma, conceitos e valores da prática clínica, relacionado com estas questões supracitadas, já que este progresso também se traduz numa consciência maior e mais profunda do indivíduo, da noção do seu próprio corpo e identidade individual (Cascais, s. d.), como já tem sido referido neste texto.

No que diz respeito à evolução da tradicional relação entre médico e paciente, acredita-se que o fenómeno dos bebés Talidomida, em muito contribuiu para a queda do tradicional paternalismo hipocrático da Medicina (Moro *et al.*, 2017). No final dos anos 50, a Talidomida

foi apresentada ao mercado da saúde como um medicamento sedativo “mágico”, com mínimos efeitos secundários ou toxicidade. Desenvolvida na Alemanha, rapidamente espalhou a sua fama pelo mundo como um fármaco inócuo e seguro, mas foi apenas no início da década de 60 que se registaram as primeiras manifestações desses efeitos: constatou-se que os bebés nascidos de mulheres sob essa terapia farmacológica (amplamente usada na gravidez para controlo de enjoos e náuseas) apresentavam graves más formações congénitas físicas e mentais, afectando o crescimento dos membros inferiores e superiores, malformações no sistema respiratório, surdez, retardação do desenvolvimento cognitivo, entre outras. O movimento cívico desencadeado por este acontecimento dramático, foi precursor na instauração da regulamentação do Estado sobre a segurança e eficácia (Moro *et al.*, 2016). Como refere Cascais (s.d.), este evento precipitou enormemente a preocupação pública, tornando-se símbolo de temor no que respeita ao progresso médico dos anos anteriores. Ao mesmo tempo, foi oportunidade única para a sociedade assumir uma voz, e exigir cuidados de saúde cada vez mais seguros, e fazendo agora parte de um binómio médico-utente mais equilibrado em termos de poder decisivo. O utente passou a ser visto como cliente e como cidadão, que se encontra cada vez mais informado sobre os seus direitos enquanto consumidor dos serviços, e expressa exigências que vão mais além do processo terapêutico, como a prevenção e o diagnóstico, deixando a Medicina de exercer o controlo social anterior (Cascais, sem data [s.d.]).

O cidadão, ou utente, começou a ocupar gradualmente um lugar de maior relevo nos processos inerentes à prestação de serviços de saúde (Scher *et al.*, 2018). A protecção da sua integridade física e social, a relevância da sua vontade e poder de decisão, bem como o direito a cuidados de saúde de qualidade e acessíveis, tornaram-se assunto de debate na esfera da Bioética . A necessidade de uma abordagem ética particular a estas questões no sector da saúde, favoreceu o desenvolvimento de correntes como o Principlismo (Neves, 2007), cujo vector das decisões éticas é fundamentado, como mencionamos acima, em quatro princípios éticos universais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O utente assume, assim, o papel principal no seu processo de saúde.

2.3. Dilemas Éticos na Gestão de Unidades de Saúde

O progresso médico poderá ser visto como uma faca de dois gumes: se por um lado permitiu o aumento da sobrevivência e qualidade de vida da população, por outro vem levantar questões sensíveis sobre os próprios conceitos de vida, saúde e bem estar (Fletcher, 1954; Lopes, 2014; Sethuraman, 2022). Os documentos éticos internacionais apresentados anteriormente, bem como as correntes e teorias que se foram desenvolvendo e implantando ao longo das últimas

décadas, não são suficientes para resolver as questões e conflitos éticos contemporâneos. O desenvolvimento científico e médico, aportam considerações éticas despoletadas pela interligação, cada vez mais forte, entre as Ciências da Vida e outras áreas, como a Gestão, Economia ou o Direito (Zanella, 2018). Com as orientações instituídas pela NGP, um pouco por todo o mundo, e com todas as mudanças sociais e tecnológicas sentidas nas últimas décadas, novas questões éticas emergem para discussão pública (Massano *et al.*, 2020). Se tomarmos como ponto de partida a própria gestão das unidades de saúde, no contexto singular que temos vindo a apresentar ao longo deste trabalho, podemos identificar, por exemplo, algumas dessas questões éticas trazidas à luz da literatura científica como o conceito da dupla lealdade, os processos de alocação e distribuição de recursos, ou a utilização de tecnologias como a Inteligência Artificial (IA). Qualquer dos temas aqui referidos, comportam diferentes interrogações éticas, mas de igual peso e importância para a ética dos cuidados de saúde e, sobretudo, da gestão de unidades de saúde.

Para uma maior clareza das questões acima mencionadas, parece-nos pertinente proceder à explanação desses conceitos apresentados, e da importância ética e científica para o presente estudo. Consideremos, então, o primeiro exemplo referido, a dupla lealdade. Este conceito define-se como o conflito entre os deveres profissionais de saúde para com o paciente, e as obrigações (implícitas ou explícitas) perante os interesses de um terceiro, como um empregador, seguradora ou estado, no desempenho das funções clínicas (Pont *et al.*, 2012). Durante a sua prática, os profissionais estão frequentemente confrontados com situações onde poderão sentir um conflito de interesses entre a lealdade que devem manter aos seus pacientes, ou à instituição a que pertencem (se uma dessa relações de lealdade deve prevalecer sobre a outro). A questão da dupla lealdade já foi estudada no passado, em contextos específicos como prisões (Pont *et al.*, 2012), instituições militares (Olsthoorn, 2019), ou unidades de saúde (Atkinson, 2019; Baron, 2009; Gramma *et al.*, 2023). No entanto, e como bem referem Gramma *et al.* (2023), a literatura científica ainda apresenta lacunas significativas sobre o peso ético desta dualidade, nos processos de tomada de tomada de decisão dentro das organizações de saúde. A persistência de conflitos de interesse, influência desadequada, incertezas e conflitos éticos, devem ser prioridades para os gestores de unidades de saúde, que por sua vez têm o dever de adoptar políticas institucionais e ferramentas éticas que permitam identificar, gerir e, sempre que possível, prevenir estas situações (Gramma *et al.*, 2023).

A promoção de políticas institucionais, surge também no contexto de outro fenómeno recorrente na literatura da Bioética contemporânea: a corrupção. Segundo Little *et al.* (2018, p. 111, tradução nossa), “Nenhuma instituição, organização ou sistema, por mais puras que sejam as suas origens, por mais claras que sejam as suas funções sociais, podem ser imunes à

corrupção, seja ela interna, externa, ou operar em ambas as direções.”¹ A literatura científica identifica-nos graves problemas de corrupção nos sistemas da saúde, sobretudo nas relações e interações com a indústria farmacêutica (Little *et al.*, 2018; Montgomery, 2021; Perry *et al.*, 2014). Segundo Perry *et al.* (2014), a investigação científica dos últimos 30 anos prova que as interações entre médicos e a indústria farmacêutica, podem despertar conflitos de interesse e influenciar a tomada de decisão pelo médico. Estas relações apresentam-se sob variadas formas: presentes, amostras de medicamentos, financiamento de investigações e até refeições, pelo favorecimento de escolha determinado fármaco em detrimento de outro (geralmente, de uma diferente empresa do mercado), podendo ofuscar o julgamento clínico do médico (Little *et al.*, 2018; Perry *et al.*, 2014). Little *et al.* (2018), afirmam que a corrupção não se cinge apenas aos intervenientes activos destas transacções, mas também abrange aqueles que assistem passivamente a estas situações e freiam-se de as denunciar. Os motivos pelos quais este fenómeno permanece nos dias de hoje têm várias origens e motivações, e, por isso, diferentes níveis de aceitação e tolerância social. Veja-se o seguinte exemplo: o impacto social, económico e ético será sempre diferente se considerarmos um médico que aceita subornos financeiros para benefício próprio, ou um outro que os aceita para conseguir conduzir determinada investigação científica, capaz de satisfazer a necessidade de um grupo. Desta feita, Montgomery (2021) sublinha a importância de desenhar a implementar estratégias de combate à corrupção, desde programas de formação e orientação aos profissionais de saúde, exigência de maior transparência na prestação de contas, a adopção de códigos profissionais de ética, e a imposição de sanções aos casos identificados. Para tal, é fundamental que todos os *stakeholders* sejam implicados nestes processos de mudança e transparência, desde os utentes aos gestores das organizações.

O progresso da tecnologia médica veio impulsionar a qualidade dos cuidados, a existência de melhores e mais eficazes equipamentos de diagnóstico, a disponibilização de informação clínica e o arquivo de todo o processo clínico via digital, ou a possibilidade de consultas à distância, que nos proporciona a Telemedicina, são oportunidades indubitáveis do progresso tecnológico (Rubeis, 2022). Contudo, um dos novos elementos introduzidos por esse progresso é também motivo de fortes discussões no campo da ética: a Inteligência Artificial. Este termo parece não ter ainda uma definição concreta e aceite globalmente, contudo, e no contexto do desenvolvimento de legislação que enquadre a utilização de sistemas regulados por IA, o Parlamento Europeu define-a como um software que pode, “para um determinado conjunto de objetivos definidos pelo ser humano, gerar resultados como conteúdo, previsões, recomendações ou decisões que influenciam os ambientes com os quais interagem”² (Vidal-

¹ No original: “No institution, organization, or system, however pure its origins, however clear its social functions, can be immune to corruption, whether that corruption comes from within, from without, or operates in both directions.”

Alaball *et al.*, 2024, p. 2, tradução nossa), recorrendo a uma ou mais técnicas e abordagens introduzidas, ou programadas, por inteligência humana. A grande preocupação ética está na capacidade de a IA produzir algoritmos justos e equitativos, já que a tendência, segundo Birzhandi *et al.* (2023) e Pruski (2023), é a de apresentarem viés contra um indivíduo ou grupo, resultando em decisões injustas. Existe uma falta de estudos científicos, sobre a aplicação de algoritmos justos em problemas sociais que afectam significativamente a vida humana (Birzhandi *et al.*, 2023). O desenvolvimento de uma ética específica ao espaço de actuação da IA é urgente, e deve envolver factores cruciais como a protecção de dados e informações pessoais, minimização de danos, garantia de segurança cibernética, transparência, rastreabilidade de dados, promoção da autonomia, equidade, não discriminação, responsabilidade e, não menos importante, sustentabilidade (Vidal-Alaball *et al.*, 2024). Como referem os autores, a implementação de uma regulamentação ética no recurso à IA, é fundamental para orientar o seu uso ético, e responsável, na Saúde, garantindo que esta tecnologia contribui para o benefício da humanidade como um todo. A aplicação desta ferramenta na medicina, simboliza um avanço revolucionário nos cuidados de saúde, tornando-os mais universais e eficientes. Importa salientar, no entanto, que a IA não vai substituir o papel do médico ou outros profissionais de saúde, mas sim constituir-se como uma ferramenta que ajuda a inteligência humana a processar dados de forma mais rápida, e, por isso, acelerar diagnósticos e auxiliar nos processo de tomada de decisão (Zhang *et al.*, 2023).

O desenvolvimento tecnológico na Medicina, disponibiliza novos recursos de auxílio para uma prestação de cuidados de excelência, providenciando maior precisão no diagnóstico, tratamento, e outras intervenções terapêuticas mais adequadas às necessidades de cada utente (Boxebeld *et al.*, 2024; Hadler *et al.*, 2018, Seixas, *et al.* 2021). No entanto, a existência de uma maior variedade de recursos, não é sinónimo da sua disponibilidade e acessibilidade a todos, quer organizações de saúde, quer utentes. Nas palavras de Seixas *et al.* (tradução nossa, 2021, p. 2), “não importa o quão rica ou grande seja uma organização, seus recursos disponíveis nunca podem ser considerados ilimitados, porque a procura por novos investimentos pode crescer indefinidamente”³. Este é um cenário que se observa com frequência nas unidades de saúde, pois enfrentam aumentos consideráveis nos gastos necessários à prestação de cuidados, como resultado do desenvolvimento científico e tecnológico e com o progressivo envelhecimento da população, colocando em causa a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde (Boxebeld *et al.*, 2024).

² No original: “for a given set of human-defined objectives, generate results such as content, predictions, recommendations, or decisions that influence the environments with which they interact”

³ No original: “No matter how wealthy or large an organization, its available resources can never be deemed unlimited, because demand for new investments can grow indefinitely.”

A crescente necessidade de cuidados, exige compromissos sérios por parte das organizações de saúde, sobretudo no que respeita à alocação e racionamento de recursos (Hadler *et al.*, 2018). Uma breve retrospectiva histórica, permite-nos reavivar memórias da pandemia Covid-19, onde as preocupações com esta temática foram constantes no quotidiano das unidades de saúde. A preocupação da comunidade científica com este assunto não é recente, já que coloca as organizações sobre uma pressão elevada no seu orçamento e, conseqüentemente, na qualidade e equidade dos cuidados. Segundo Srinivas *et al.* (2021), o racionamento refere-se à alocação dos recursos disponíveis em determinados contextos, que implicam uma aplicação de restrições na sua distribuição pela população. Assim, as organizações encontram-se constantemente em situações onde devem dar preferência a certos de gastos, em detrimento de outros. Embora o racionamento seja um fenómeno inevitável, é crucial examinar a forma como ele é executado, pois os princípios de autonomia, beneficência e justiça distributiva devem estar equilibrados (Srinivas *et al.*, 2021). Hadler *et al.* (2018, p. 1238, tradução nossa), acrescentam que, “em última análise, qualquer princípio aplicado deve ser medido pela sua aplicação direta à sociedade em questão e deve produzir benefícios tanto na teoria quanto na prática”⁴. O desenvolvimento do conhecimento, e de ferramentas, que permitam a alocação de recursos de forma mais eficiente, é cada vez mais relevante no campo da economia da saúde e das políticas públicas (Seixas *et al.*, 2021). Contudo, parece faltar orientação científica sobre como estas ferramentas podem ser implementadas pelos governos (reguladores políticos), para reduzir as desigualdade em saúde, ao decidir como esses recursos devem ser distribuídos, e de que forma (Srinivas *et al.*, 2021).

Seixas *et al.* (2021), afirmam que existe uma lacuna na literatura entre aquilo que é conhecido, e aquilo que está a ser realmente executado. Apesar de serem diversos os estudos científicos, relacionados com a alocação de recursos em circunstâncias específicas, como um programa de saúde, um propósito em saúde (geralmente, um objectivo curativo), são poucos os existentes no que respeita às práticas e processos de tomada de decisão, no seio do corpo administrativo dos estabelecimentos de Saúde (Boxebeld *et al.*, 2024; Dukhanin *et al.*, 2018; Lignou *et al.*, 2023; Seixas *et al.*, 2021). Ou seja, não existem provas que estes processos se desenrolam sob pilares éticos, como a equidade no acesso aos serviços e cuidados, ou a justiça na distribuição dos recursos. Por esta razão, o princípio da justiça distributiva foi ganhando espaço na discussão científica, pois refere-se à distribuição justa, equitativa e adequada de benefícios e encargos, determinados por normas que visam estruturar os termos da cooperação social. O campo de acção deste conceito, inclui políticas de alocação de benefícios e encargos, como, por exemplo, propriedade, recursos, tributação, privilégios e oportunidades (Beauchamp e Childress, 2019).

⁴No original: “Ultimately, any principle applied must be measured by its direct application to the society at hand and must yield benefit in both theory and practice.”

A garantia, e o sucesso, desta justiça na distribuição de recursos, estão naturalmente condicionados pela disponibilidade dos mesmos, tendo aqui maior peso os recursos financeiros, fundamentais à sustentabilidade da organização (Tushar *et al.*, 2023). Para responder às necessidades de saúde da população que serve, os sistemas de saúde deveriam estar suficientemente capacitados desses recursos, e proporcionar, assim, uma prestação de serviços que cumpram o direito à saúde dos seus utentes (Hussain *et al.*, 2024). No entanto, a garantia de um financiamento justo e viável das instituições, bem como a salvaguarda de um acesso universal e equitativo aos cuidados por todos os utentes, é abalada pelos crescentes custos com a Saúde. No início do novo milénio, os hospitais portugueses dependiam financeiramente do orçamento de estado em 90% (Campos, 2003). A baixa produtividade, a escassez da oferta e reduzida responsabilidade social, conduziram ao crescimento dos encargos com a despesa anual em saúde, à diminuição da satisfação dos utentes com os serviços prestados, e a uma qualidade oscilante dos serviços prestados (Campos, 2003). Era emergente controlar as despesas e reestruturar todo o sector público, com o intuito de aumentar a sua eficácia e capacidade de resposta às necessidades da população (Sequeira, 2017). Nas palavras de Nunes (2006, p. 21), “nenhuma organização pode permanecer a mesma, sem perder relevância, numa sociedade em mudança”. Tornam-se, por isso, necessárias abordagens diferentes à gestão em Saúde, e o desenvolvimentos de novas estratégias administrativas que permitam, simultaneamente, a redução e optimização de recursos e processos, e a redução das necessidades em financiamento, preservando a sustentabilidade das organizações, assegurando bons resultados em saúde, e mantendo a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes servidos (Pereno *et al.*, 2020).

O programa de reformas trazido pela Nova Gestão Pública, em crescimentos nos países anglo-saxónicos desde a década de 80, propunha que os governos dirigissem as suas administrações como se fossem empresas privadas (Pita, 2022). A mudança de paradigma na administração pública, pressupunha o abandono do modelo tradicional burocrático, para dar lugar ao *gerencialismo puro* ou *managerialismo*, fortemente incentivada no sector público pelas mesmas razões pelas quais foi bem sucedida no sector privado: “uma preocupação pelos resultados, pelo desempenho e consequência desse desempenho” (Nunes, 2006, p. 22). A notoriedade da NGP foi, assim, forjada pela “crença de que o estado se tornou demasiado grande e ineficiente e que o mercado oferece mecanismos mais eficientes para a prestação de serviços” (Nunes, 2006, p. 8).

A NGP assumia um conjunto de ideias e práticas de gestão, baseadas na orientação e motivação para a eficiência, na redução e descentralização dos recursos disponíveis e necessários, na procura pela excelência, e na orientação para o serviço público (Carvalho, 2006). O financiamento das organizações depende, de ora em diante, do cumprimento de

metas previamente estabelecidas, ficando à responsabilidade dos gestores o planeamento, execução e acompanhamentos de todo o processo para a garantia de resultados positivos (Sequeira, 2017). Segundo Nunes (2006), as transformações propostas pela NGP desenrolam-se em quatro grandes eixos: reestruturação e redução de sector público, através da privatização de serviços; reorganização e diminuição da função da administração central, promovendo a descentralização do poder decisivo e das responsabilidades; introdução de incentivos à competição interna e externa no sector público, aderindo a modelos de contratação de prestadores de serviços privados pelo público; e promoção da eficiência, através de auditorias e avaliações de desempenho. Estas medidas conseguiram encontrar grande conveniência em Portugal, particularmente no combate à precariedade financeira do sector da saúde.

Na década de 90, o nosso país sentiu, com maior evidência e impacto, a falta de eficiência dos serviços de Saúde, a baixa produtividade, a insatisfação de ambos utentes e profissionais de Saúde, e os custos elevados da prestação de cuidados levaram os partidos políticos a exigir soluções para uma melhor gestão da Saúde a nível governamental (Correia, 2009; Nunes, 2006; Nunes *et al.*, 2015). As orientações da NGP surgiam como resposta adequada, e, em 1995, surge então o projecto-piloto com o Hospital Amadora-Sintra, que celebra um contrato entre o SNS e um grupo económico privado para assumir a gestão dessa unidade de Saúde. O sucesso desta experiência, e os ganhos em eficiência e produtividade, proporcionaram terreno sólido para a empresarialização dos Hospitais, transformando-os em Sociedades Anónimas (S.A.) de capital público (Major *et al.*, 2014; Pita, 2022). Desta forma, a Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro aprova o novo Regime de Gestão Hospitalar e dá origem a 31 Hospitais S.A., cujos principais atributos “foram a introdução de uma cultura de gestão por objetivos, a melhoria da qualidade e da eficiência, a introdução de novas ferramentas de suporte à atividade dos hospitais, a flexibilização e desenvolvimento dos recursos humanos, a melhoria do nível de serviço prestado aos utentes, bem como a melhoria da comunicação interna e externa” (Nunes *et al.*, 2015).

O financiamento dos prestadores de serviços passou a realizar-se de acordo com contratos-programa com a tutela, onde os primeiros estão obrigados a definir e cumprir objetivos qualitativos e quantitativos, e a segunda a disponibilizar as verbas necessárias para a concretização dessas metas (Major *et al.*, 2014). Ou seja, cabe ao Estado a função de regular, organizar e comprar serviços públicos, a fim de aumentar a eficiência e qualidade dos cuidados prestados (Sequeira, 2017). Aos gestores, foram dados o controlo da organização, da respectiva acção e racionalização dos recursos, assumindo a responsabilidade pelos seus resultados e pelo seu financiamento, seja este por contribuição privada ou resultados dos custos imputados aos utentes (Bilhim, 2014). Inseridos num mercado cada vez mais competitivo, são-lhes exigidas

competências suficientes para lidar com a mudança, dinamizar e fomentar o empenho dos seus profissionais no alcance das metas estabelecidas pela instituição (Santos, 2020).

O gestor não clínico traz à instituição um conjunto de ferramentas de gestão vantajosas na resolução de problemas empresariais: estando mais familiarizados com atributos organizacionais, o seu trunfo na gestão de organizações de saúde é o seu próprio conhecimento e uso de ferramentas de gestão capazes superar problemas administrativos, enquanto mantém a visão do todo no contexto organizacional onde opera (Cinaroglu, 2016). Cabe ao gestor das Unidades de Saúde, manter um vínculo equilibrado entre a deontologia e ética da prestação de cuidados de Saúde, e as obrigações empresariais para com a organização que actua num sector social público (Bilhim, 2014; Faria *et al.*, 2010). Ou seja, criar um diálogo harmonioso e eficaz entre as várias disciplinas e sectores que compõem a empresa.

O desenvolvimentos científico e tecnológico da Medicina permitiu o aumento da esperança média de vida, mas é também significado de condições clínicas crónicas, implicando cuidados de saúde prolongados e dispendiosos. Como sublinham Seixas *et al.* (2021), nenhuma entidade ou empresa dispõe de recursos ilimitados; ou seja, qualquer indivíduo ou organização encontram-se permanentemente em cenários onde têm de proceder a escolhas para alocar os recursos que lhe estão disponíveis, segundo as suas próprias prioridades. Desta forma, e parafraseando Cruz *et al.* (2012, p. 106), “é um imperativo controlar a forma como os recursos, que são escassos, são utilizados, na produção e distribuição de cuidados de saúde”.

Considerando a exigência de melhores resultados, com menos meios e maior contenção financeira, as medidas sugeridas pelas orientações da NGP despoletaram questões como a qualidade dos cuidados, a equidade na distribuição de recursos, e a sua cobertura universal (Nunes *et al.*, 2015). Apesar de, nos últimos anos, vários países a nível mundial terem assumido o compromisso para uma cobertura universal do direito à saúde, ainda existe um longo caminho a percorrer para providenciar serviços básicos e acessíveis a todos (Hsiao *et al.*, 2021). A qualidade dos cuidados está dependente de uma gestão adequada dos serviços prestados (Sequeira, 2017), bem como da gestão de tensões internas que possam ser originadas “por decisões que às vezes são difíceis de tomar, como alocação de recursos, destinatários de serviços ou novas situações que exigem criatividade, qualidade de julgamento e reflexão” (Paraizo *et al.*, 2020, pág. 252). Tendo em conta as mudanças dramáticas das últimas décadas em termos económicos, tecnológicos, sociais e políticos, as organizações de saúde enfrentam sérios desafios na adaptação dos valores éticos universais, na tomada de posição das situações específicas que enfrentam. Este progresso da medicina e da tecnologia obrigam a uma abordagem e reflexão éticas específicas, sobre como “usar o conhecimento para a sobrevivência do homem e a melhoria da qualidade de vida” (Lopes, 2014, p. 264). Em resposta a estas mudanças, as organizações começam a dedicar mais atenção às questões da ética

organizacional. Uma prova desse fenómeno, foi o desenvolvimento e a introdução de padrões éticos na avaliação do desempenho organizacional, e da qualidade dos cuidados, pela Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations, em 1996 (Goodstein *et al.*, 1999).

2.4. A necessidade de um Código de Ética para gestores de unidades de Saúde

Como já foi referido anteriormente, as unidades de saúde constituem-se como organizações peculiares, por estarem responsáveis pela vida, saúde, e bem estar dos indivíduos. No entanto, não deixam de ser empresas prestadoras de serviços (neste caso, de saúde), e fazer parte de um sector económico onde confluem, conseqüentemente, dois universos éticos distintos: organizacional e médico (Faria *et al.*, 2010). Como adiantam Paraizo *et al.* (2020, p. 253), “a particularidade desses lugares de prática é que surgem questões éticas que não conseguem encontrar respostas satisfatórias nas reflexões realizadas nos outros dois níveis”.

De um ponto de vista histórico, a classe médica foi, sem dúvida, prematura no reconhecimento da necessidade de implementar um código que regule o seu exercício profissional. Consta-se que o primeiro documento que obriga a um compromisso ético profissional foi escrito por Hipócrates, no séc. V. a.C., o amplamente conhecido Juramento de Hipócrates. Este texto compreende princípios que facilmente se conseguem transpor para os tempos contemporâneos, como os princípios modernos da Bioética da beneficência, e da não-maleficência. O exercício clínico foi, por conseguinte, moralmente regulamentado desde os princípios históricos da estruturação e implementação da Medicina como profissão.

Em Portugal, a Assembleia Geral da Associação Médica Lusitana aprova o seu primeiro código deontológico em 1914, vigorando até ao ano de 1939, aquando da sua revisão e aprovação em Assembleia Geral da recentemente constituída Ordem dos Médicos (Ordem dos Médicos, online). Por sua vez, os Enfermeiros têm o seu código aprovado em Decreto-Lei em 1998 (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril), na concomitante criação da Ordem do Enfermeiros. Assistem-se ainda a outros códigos de variados grupos profissionais ligados aos cuidados de saúde, como os Psicólogos (com aprovação em Diário da República em 2011), os Farmacêuticos (aprovado Diário da República em 2001) ou como os Fisioterapeutas (cuja aprovação do seu código decorreu no recente ano de 2019).

O código deontológico, assume-se como pilar essencial na estruturação de uma classe profissional, por incorporar um conjunto de valores comuns e partilhados, fomentando a criação de uma identidade ética de cada grupo, e actua como guia normativo das funções que desempenham (McCandless *et al.*, 2019). Faria *et al.* (2010) deixam bem explícito no seu texto a importância de um código de ético no processo de tomada de decisão, por parte dos gestores

de unidades de saúde. De facto, considerando a delicada condição financeira do sector da saúde, associada a uma população cada vez mais envelhecida e com maiores necessidades em cuidados clínicos, é fundamental encontrar um equilíbrio equitativo entre a oferta possível e a procura cada vez mais acentuada destes serviços. Coloca-se então a questão sobre a qual o presente estudo pretende desenvolver: é pertinente a existência de um código de ética para gestores de unidades de saúde? Este código é ou não uma ferramenta de auxílio no processo de tomada de decisão? Esta é a lacuna que o presente estudo pretende preencher na literatura científica.

A literatura nacional e internacional pouco evidenciam sobre esta temática. É fácil encontrar um Código de Ética específico e implementado em variadas Unidades de Saúde, grupos hospitalares ou grupos de profissionais, que prestam cuidados directos ao utente. Contudo, um documento que seja equiparado ao “*American College of Healthcare Executives Code of Ethics*” (transcrito na sua íntegra, no texto de Faria *et al.*, 2010), que se destaca pela congregação de profissionais além da sua própria organização, parece não existir. Coloca-se então a questão de como serão as linhas de actuação dos gestores, em situações de conflitos ético, ou nos processos mais complexos de tomadas de decisão. Que orientações tomam os Gestores de Unidades de Saúde, quando estão implicados princípios da Bioética como a justiça? Faria *et al.* (2010), salientam a importância de um Código de Ética similar em Portugal, mas será que os seus argumentos são partilhados por outros investigadores?

Desde o início do novo milénio, que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) recomenda a introdução de um quarto *E*, de Ética, ao modelo conceptual dos três *Es* – Eficácia, Eficiência e Economia – na gestão pública (Correia *et al.*, 2019; Vicente, 2022). O desempenho organizacional é impulsionado pela dimensão ética das decisões tomadas, desde que suportadas e fomentadas por políticas globais e integradas no seio da organização. Torna-se, então, pertinente criar instrumentos e modelos que ajudem a implementar uma ética organizacional mais estruturada e enraizada (Correia, 2009). Apesar de se verificar já um crescente número de publicações científicas relacionadas com a ética na gestão organizacional, estas reflectem, também, que os dois conceitos nem sempre caminham de mãos dadas. Como refere Svara (2011), se a gestão consistir apenas em empreender a vontade do gestor, ela pode ser vista como amoral ou até mesmo como veículo de exploração e subjugação da população. Paraphrasing the author: “*Administradores corruptos, arbitrários, indiferentes ou egoístas violam esses padrões e minam os ideais e o propósito da administração pública*” (Svara, 2011, p. 1, tradução nossa)⁵.

O combate à corrupção na administração pública em Portugal, está pautado pelo Código de

⁵ No original: “*Administrators who are corrupt, arbitrary, aloof, or self-serving violate those standards and undermine the ideals and the purpose of public administration.*”

Conduta dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), publicado em 2022, fruto dos anteriores Código de Ética e Código de Conduta desse organismo. Este documento pretende não só “*fomentar a confiança por parte de todos os intervenientes e partes interessadas na atividade da SPMS*”, mas também integra um sistema de controlo interno mais eficaz, contribuir para a prevenção da fraude, e minimizar o “*risco de ocorrência de más práticas profissionais de conduta ao nível individual, grupal e empresarial*”, como é manifesto nas primeiras páginas do documento (Código de Conduta dos SPMS, 2022, p. 5).

É inegável que os gestores de uma organização de saúde têm responsabilidades sociais, que por isso devem ser indivíduos virtuosos no seu desempenho individual, e também assumir um papel activo no cumprimento das responsabilidades sociais da empresa (Correia *et al.*, 2019; Vicente, 2022). É de sublinhar ainda, que além de influenciar notavelmente a conduta dos seus subordinados, e a imagem da empresa, a conduta dos dirigentes afecta a também confiança dos próprios cidadãos que serve (Bilhim, 2014). É, por isso, essencial que o comportamento dos gestores se assuma como ético e profissionalmente íntegro, pelo impacto que o seu exemplo tem dentro e fora das organizações, “mais do que pregar a conduta ética, importa, pois, praticá-la” (Bilhim, 2014, p. 65).

Segundo Svava (2011), a elaboração de um código de ética para gestores poderá constituir-se como uma forma de esclarecer quais valores que eles devem promover, quais padrões eles devem cumprir, e quais responsabilidades eles têm. Tanto o intuito, como a especificação dessas responsabilidades, foram sofrendo alterações consoante as necessidades emergentes da mudança dos tempos, mas é inegável a responsabilidade de estabelecer um vínculo quer com os seus superiores (empresa), quer com os membros da sociedade onde opera. Os códigos de ética, podem aqui desempenhar um papel fundamental para padronizar e uniformizar comportamentos dos órgãos de uma empresa, acrescentando a vantagem de fornecer uma base sólida para comparações externas, ou *benchmarking* (Bilhim, 2014). De acordo com McCandless (2019), uma das formas de representar, promover e supervisionar o exercício de uma classe profissional, bem como os interesses dos seus membros, é a institucionalização de um código de ética, já que neles estão incluídos compromissos com a integridade pessoal, organizacional e a equidade social. O código de ética vem, por assim dizer, fazer entender aos profissionais que abrange, quais os aspectos normativos do seu trabalho, nas suas acções, no impacto que elas causa, e os valores, regras e normas que estruturam essas acções (Bilhim, 2014; Correia *et al.*, 2019; Faria *et al.*, 2010).

Considerando que estes códigos incluem os valores organizacionais, promovendo assim a construção de uma identidade ética, eles têm também a capacidade de estabelecer uma

orientação normativa para promover a equidade social, incentivando os administradores a resistir às tentativas de silenciar ou comprometer as vozes dos mais vulneráveis (McCandless, 2019). Esta pode ser uma forma de garantir que, o princípio da justiça em cuidados de saúde, não seja dominado pelas elites, compelindo os administradores a manter lealdade ao seu papel e corrigir as desigualdades que se foram perpetuando – sobretudo, porque os princípios éticos exigem o cumprimento de certos valores, ligando-os à própria acção, e tornando, assim, este conceito de equidade social num conceito mais concreto e tangível.

A expressão “cuidados de saúde” engloba uma panóplia de actividades, seja a prescrição e administração de um medicamento, seja o processo de diagnóstico de uma enfermidade, passando por tratamentos como psicoterapia, etc. A crescente procura por uma melhor qualidade de vida, e o aumento da esperança média da vida da população, confrontados com a disponibilidade e acessibilidade de serviços de elevada qualidade, colocam o sector da saúde sob escrutínio constante (Chakraborty *et al.*, 2023). A utilização eficaz dos recursos, muitas vezes escassos, a minimização dos riscos à saúde e maximização dos resultados em saúde, bem como a manutenção de uma satisfação do utente, torna a tomada de decisão uma questão essencial na gestão em saúde (Jaime *et al.*, 2010). Desta forma, a tomada de decisão em saúde torna-se um problema multidimensional, abrangendo aspectos médicos, tecnológicos sociais, éticos e económicos, com a finalidade de alcançar julgamentos precisos racionais e transparentes (Chakraborty *et al.*, 2023).

A tomada de decisão pode ser considerada como um processo cognitivo que pretende identificar o melhor curso de acção, entre várias alternativas viáveis com base na informação disponível sobre determinado assunto. Pode dizer-se que é uma abordagem de resolução de problemas que fornece soluções satisfatórias, ou, se possível, óptimas. Considerando o cenário global altamente competitivo dos tempos contemporâneos, tomar uma decisão precisa e oportuna tornou-se uma acção crucial para as organizações, já que lhes permite reconhecer oportunidade, estabelecer objectivos, gerir recursos valiosos, enquanto aumenta a flexibilidade e a produtividade. Por outro lado, uma decisão errada pode ter resultados desagradáveis e consequências desastrosas (Chakraborty *et al.*, 2023).

A ética organizacional pode constituir-se um bom recurso em diferentes níveis de tomada de decisão, seja a um nível macro, como a governança da própria instituição, seja a um nível micro, no desenvolvimento de directrizes e políticas que estão em concordância com a missão da unidade de saúde, em respeito aos seus valores, e assegurando a integridade a qualidade dos serviços prestados (Paraizo *et al.*, 2019). Por essa razão, o processo de tomada de decisão é delicado e complexo, mas fundamental para perseguir altos padrões de qualidade total no campo da saúde e a objectivação dos aspectos bioéticos. Desta forma, é um fenómeno que não cabe apenas aos gestores mas também a toda a organização, incluindo o utente. Talvez seja por

isso que Jaime *et al.* (2010), afirmam que “incluir aspectos bioéticos na tomada de decisões transcende a gestão tradicional” (p. 144). A Bioética tem, por isso, o papel de nortear os valores prevalentes de uma orientada e justa tomada de decisão, seja ao estabelecer prioridades na distribuição dos cuidados de saúde, seja no estabelecimento de limites na hipótese de uma escassez de recursos (Silva, 2014).

No decorrer desta investigação, a literatura consultada indica que o gestor de unidades de saúde deve responder não só às suas responsabilidades empresariais, mas também a determinadas responsabilidades sociais (como a melhoria dos indicadores de saúde da população que atende, por exemplo). Dele, é esperado que seja virtuoso na sua performance, e que contribua no lograr de responsabilidades sociais mais altas, ligando e servindo quer os seus superiores quer os membros da sociedade. Svava (2011), afirma que o desenvolvimento de um Código de Ética para administradores públicos, é um meio possível para tornar explícitos quais os valores que devem seguir, que padrões devem alcançar e que responsabilidades lhe são sujeitas.

Considerando que a caracterização da administração pública trazida por Svava, em muito conflui com as peculiaridades da gestão de unidades de saúde (nomeadamente o requisito de responder a diferentes *stakeholders*, e corresponder às suas diferentes necessidades – da empresa, do cliente interno, do cliente externo, e contribuir para a melhoria da saúde da população em que se insere), pode pressupor-se que a elaboração de um código de ética para gestores de unidades de saúde tem igual importância indispensável. A implementação desse documento, poderá permitir a execução de uma política ética efectiva na gestão de unidades de saúde, pois estes códigos incorporam compromissos com a integridade pessoal e organizacional do gestor, sem nunca abandonar o conceito de equidade social (McCandless, 2019). Em situações de conflito onde o gestor se encontra entre a sua subordinação às responsabilidades da empresa, e as responsabilidades que tem para com o doente, o Código de Ética específico ao seu campo de acção (uma unidade de Saúde) poderá constituir-se como uma ferramenta preciosa de auxílio na sua tomada de decisão, sem causar prejuízo a um ou outro (Faria *et al.*, 2010).

3. Metodologia

Um dos métodos mais utilizados na Investigação Científica desde a década de 90, é a Revisão Sistemática de Literatura (RSL), por ser replicável, tendencialmente imparcial, e capaz de reduzir o viés com auxílio de metodologias consolidadas de pesquisa bibliográfica. A RSL pretende responder a uma questão de investigação bem definida, por ser um processo metodologicamente abrangente e transparente (Donato *et al.*, 2019). Desta forma, o investigador tem acesso ao “estado de arte” do objecto de estudo, ao fazer um levantamento do conhecimento produzido até ao momento, com a possibilidade de apurar uma hipótese específica, e identificar lacunas nos estudos ou assuntos inexplorados.

Considerando as alterações demográficas sentidas nas últimas décadas, e acontecimentos recentes como a Pandemia COVID 19, pensa-se que a existência de um código de ética específico aos gestores de unidades de saúde, poderá ser um auxílio nos seus processos de tomada de decisão, sobretudo em contexto de dilemas éticos. Pode acrescentar-se ainda que, considerando a evolução da disciplina e especificidade da gestão das empresas de Saúde, a existência deste código pode tornar-se relevante na construção e desenvolvimento de ferramentas que possibilitam uma prestação de cuidados mais equilibrada e justa para todos os *stakeholders*. A problemática revela-se interessante também, por abordar a especificidade da Gestão de Unidades de Saúde e a conduta ética que lhe deverá estar inerente. Ou seja, por ser um assunto que poderá considerar a fusão de dois outros já existentes – a ética da Gestão e a ética dos Cuidados de Saúde – num só: a ética da Gestão de Unidades de Saúde. Apesar de existirem nas Unidades de Saúde códigos de ética e conduta, e de os profissionais de Saúde e gestores que as compõem estarem abrangidos pelos seus próprios códigos de ética profissional e deontológicos, não existe ainda em Portugal um código de Ética específico aos Gestores de Unidades de Saúde. É, por isso, um estudo que poderá preencher uma lacuna no meio científico.

3.1. Questão de investigação

O primeiro passo de qualquer investigação, é a identificação do problema a estudar: a definição de uma questão de partida, e de outras questões subsequentes, serão as linhas orientadores para o desenvolvimento do estudo. Segundo Quivy *et al.* (1995), é através da questão que o pesquisador tenta expressar, de forma mais precisa possível, o que ele procura conhecer, clarificar ou compreender melhor. Ela será o farol de toda a pesquisa, e para preencher corretamente essa função, deve apresentar qualidades de clareza, exequibilidade e pertinência.

A formulação de uma boa questão de partida pode evitar o risco de demasiada abrangência, ou de demasiada limitação, na procura dos estudos e da informação a analisar durante a investigação (Higgins *et al.*, 2023). Considerando a temática em estudo, o método mais adequado para a formulação da questão desta investigação parece-nos ser método PICO, acrónimo em inglês para *Population* (População), *Intervention* (Intervenção), *Comparison* (Comparação), *Outcome* (Resultado Esperado). Estes quatro elementos são pilares na construção da pergunta de partida, seguindo a formalidade e sistematização da Medicina Baseada na Evidência (MBE) (Sousa *et al.*, 2018). Na Tabela 1 pretende-se identificar os elementos que compõe o estudo, que facilitarão a posterior formulação questão de investigação, segundo a estratégia PICO.

Tabela 3 - Composição da questão de Investigação, segundo a estratégia PICO. Fonte: elaboração própria.

Definição	Descrição
P – População	Gestores de Unidades de Saúde
I – Intervenção	Recurso a um Código de Ética específico aos Gestores de Unidades de Saúde aquando da tomada de decisões frente a situações eticamente dilemáticas
C – Comparação	Ausência do Código de Ética acima descrito; recurso apenas a Códigos de Ética e/ou Conduta implementados nas Unidades de Saúde; recurso apenas aos Códigos de Ética e/ou Conduta inerentes aos grupos profissionais dos <i>stakeholders</i> .
O – “Outcome”	Avaliar a pertinência da implementação de um Código de Ética para Gestores de Unidades de Saúde para uma tomada de decisão ética Avaliar as especificidades da Gestão de Unidades de Saúde que justificam a utilização de um Código de Ética

Desta forma, e para o estudo futuro, poderão ser colocadas as seguintes questões de investigação:

1. A GUS é uma fonte de dilemas éticos?
 - 1.1. Existe algum desafio ético com maior expressão na GUS?
2. A existência de um Código de Ética para gestores de unidades de saúde, tem algum impacto na GUS?
 - 2.1. Se sim, em que circunstâncias?
3. Existem outros recursos que auxiliam o processo de tomada de decisão ética, na GUS?

3.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

A RSL deve ser exaustiva e capaz de identificar o máximo número de estudos possível. Contudo, seria virtualmente inexequível abranger a totalidade de estudos existentes na comunidade científica, pelo que importa bem definir que estudos serão inclusos e excluídos de cada investigação.

Desta forma, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos e artigos que explorem os desafios éticos da gestão de unidades de saúde;
- Estudos e artigos que abordem o processo de tomada de decisão ética dos gestores de unidades de saúde;
- Estudos e artigos que explorem a importância de um Código de Ética para gestores de unidades de saúde;
- Estudos e artigos nas línguas Portuguesa, Inglesa, Espanhola e Francesa;
- Estudos e artigos publicados entre os anos 2000 e 2024.

Por sua vez, foram estabelecidos como critérios de exclusão, os seguintes:

- Estudos e artigos que não cumprem os critérios de inclusão;
- Estudos e artigos que abordem os desafios éticos específicos à gestão da prestação directa de cuidados de saúde;
- Estudos com foco na gestão de cuidados de saúde, ao invés de abordar a gestão de unidades de saúde;
- Estudos e artigos publicados fora das áreas da Medicina, Gestão, Ciências Sociais e Ciências da Vida.

No que respeita à janela de tempo da publicação dos artigos definida para este estudo, utilizou-se como referência aquela decorrida entre 2000 e 2024, pois são as datas coincidentes aos primeiro e último artigo encontrados numa pesquisa inicial e informal, que mostravam alguma pertinência para a investigação. À primeira vista poderá assumir-se como um período temporal extenso, no entanto, também confirma que a literatura existente alusiva a esta temática parece ser escassa. Logo, pretendem-se incluir o máximo de estudos publicados, a fim de tentar contextualizar a preocupação científica já manifestada por Faria *et al.* (2010).

A presente investigação, pretende ainda incluir textos sobre o processo de resolução de conflitos éticos, pelos gestores de Unidades de Saúde, recorrendo ou não a um Código de Ética particular ao seu campo de acção (ou seja um Código de Ética para Gestores de Unidades de Saúde), ou outras ferramentas de auxílio à tomada de decisão que possam ser encontradas no

decorrer da pesquisa. Será fundamental, sobretudo, entender se e como os Princípios da Bioética são valorizados na resolução de conflitos éticos, em contexto de gestão de organizações de saúde.

3.3. Estratégia de Pesquisa

Segundo Donato *et al.* (2019, pág. 229), “documentar a estratégia de pesquisa é o componente-chave da realização de uma revisão sistemática”. Como já foi referido anteriormente, o sucesso de uma RSL é pontuado também pela pesquisa exaustiva da literatura, procurando ser o mais sensível possível e evitando descurar qualquer estudo que possa ser relevante ao tema.

Desta forma, e para a presente investigação, pretendem-se consultar quer as bases de dados científicas, quer a também denominada literatura cinzenta – documentos científicos não publicados em plataformas digitais ou analógicas habituais. No primeiro grupo, as bases de dados de recurso ao estudo serão a Cochrane Library, Scopus, ScienceDirect, PubMed, MedLine e Academic Search Complete. Relativamente às fontes de literatura cinzenta, pretende-se seguir a sugestão de Donato *et al.* (2019), utilizando a Open Grey (www.opengrey.eu), e o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (www.rcaap.pt). Além destas fontes, será fundamental também averiguar a literatura pertinente encontrada em referências bibliográficas de artigos relevantes.

Os termos a utilizar na pesquisa bibliográfica têm a sua origem na composição da questão de investigação, sendo eles os seguintes: gestores de unidades de saúde, tomada de decisão, códigos de ética, dilemas éticos e bioética. Na tentativa de identificar o maior número de publicações possíveis relativas ao tema, opta-se por empregar a tradução inglesa destes termos – *healthcare managers, healthcare executives, ethics, bioethics, ethical principles, ethical dilemmas, codes of ethics, decision making, decision-making process, e resource allocation*. Para que a pesquisa seja conduzida de forma precisa, e com objectivo de responder às questões de investigação, utilizam-se estes termos combinados com os operadores booleanos AND e OR, recorrendo ainda aos parênteses na construção das expressões booleanas. Salvaguarda-se aqui o facto de estes operadores serem omitidos em certas pesquisas, uma decisão tomada pelo facto de se obterem resultados de pesquisa mais abrangentes, ou seja, por se encontrarem assim um maior número de artigos. Nas bases de dados científicas, os termos foram pesquisados nos campos do “título” (*title*), “resumo” (*abstract*), e “palavras-chave” (*keywords*). Excepcionalmente, e para tornar a pesquisa mais abrangente, nas bases de dados de literatura cinzenta, os termos foram utilizados no campo “assunto”. Na Tabela 2, apresentam-se as combinações dos termos utilizadas na pesquisa em cada base de dados.

Tabela 4 - Bases de dados e termos de pesquisa combinados em expressões booleanas. Fonte: elaboração própria

Bases de Dados	Termos de Pesquisa
Cochrane Library	<p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((bioethics) OR (ethics) OR (ethical AND issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (codes AND of AND ethics) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((ethical dilemmas) OR (ethical issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND (codes AND of AND ethics)</p>
Scopus	<p>TITLE-ABS-KEY (((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((bioethics) OR (ethics) OR (ethical AND issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p> <p>TITLE-ABS-KEY (((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (codes AND of AND ethics) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p> <p>TITLE-ABS-KEY (((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (((ethical AND dilemmas) OR (ethical AND issues))) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p> <p>TITLE-ABS-KEY (((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p> <p>TITLE-ABS-KEY (((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND (codes AND of AND ethics))</p> <p>TITLE-ABS-KEY (((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (codes AND of AND ethics) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p>
ScienceDirect	<p>(((healthcare managers) OR (healthcare executives)) AND ((bioethics) OR (ethics) OR (ethical issues)) AND ((decision making) OR (decision-making process)))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (codes of ethics) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((ethical dilemmas) or (ethical issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p>

	<p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND ((decision making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource allocation) AND (codes of ethics)</p>
PubMed	<p>(((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((bioethics) OR (ethics) OR (ethical AND issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p> <p>(((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (codes of ethics) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p> <p>(((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((ethical AND dilemmas) or (ethical AND issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p> <p>(((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p> <p>(((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource allocation) AND (codes of ethics))</p> <p>(((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (codes AND of AND ethics) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process)))</p>
MedLine	<p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((bioethics) OR (ethics) OR (ethical AND issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (codes AND of AND ethics) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((ethical AND dilemmas) OR (ethical AND issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND (codes AND of AND ethics)</p> <p>(((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives))) AND (((decision AND making) OR (decision-making AND process))) AND ((codes AND of AND ethics))</p>
Academic Search Complete	<p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((bioethics) OR (ethics)) OR (ethical AND issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (codes of ethics) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p>

	<p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND ((ethical AND dilemmas) or (ethical AND issues)) AND ((decision AND making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource AND allocation) AND ((decision making) OR (decision-making AND process))</p> <p>((healthcare AND managers) OR (healthcare AND executives)) AND (resource allocation) AND (codes of ethics)</p>
Open Grey	<p>healthcare management</p> <p>healthcare managers</p> <p>ethical management</p> <p>codes of ethics</p> <p>healthcare resource allocation</p> <p>healthcare decision making</p>
Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal	<p>gestão em saúde</p> <p>(gestão em saúde) E (ética)</p> <p>(gestão em saúde) E (bioética)</p> <p>(gestão em saúde) E (decisão)</p> <p>(gestão em saúde) E (alocação de recursos)</p> <p>gestores de saúde</p> <p>(gestores de saúde) E (códigos de ética)</p> <p>(gestores de saúde) E (tomada de decisão)</p>

3.4. Análise e Selecção dos Artigos

A pesquisa foi realizada em dois momentos: nas bases de dados Cochrane Library, Scopus, ScieceDirect e MedLine, a 29 de Agosto, 2024, e as restantes bases (PubMed, Academic Search Complete, OpenGrey e RCAAP), a 31 de Agosto, 2024. Foram definida uma janela temporal para investigação entre os anos 2000 e 2024 (datas dos primeiro e último artigo encontrados na pesquisa). Posteriormente, procedeu-se à importação dos resultados para a plataforma online ENDNOTE (disponível em <https://endnote.com/>), com intuito de remover os artigos duplicados. Assim, dos 5213 artigos inicialmente identificados, foram excluídos 928. A selecção final dos textos a incluir na investigação desenrolou-se em diferentes fases de triagem, seguindo as orientações da Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA, disponível em <https://prisma-statement.org>), cujo diagrama,

desenvolvido para manter a máxima consistência durante a selecção dos textos a incluir na RSL, é representado na Fig. 1.

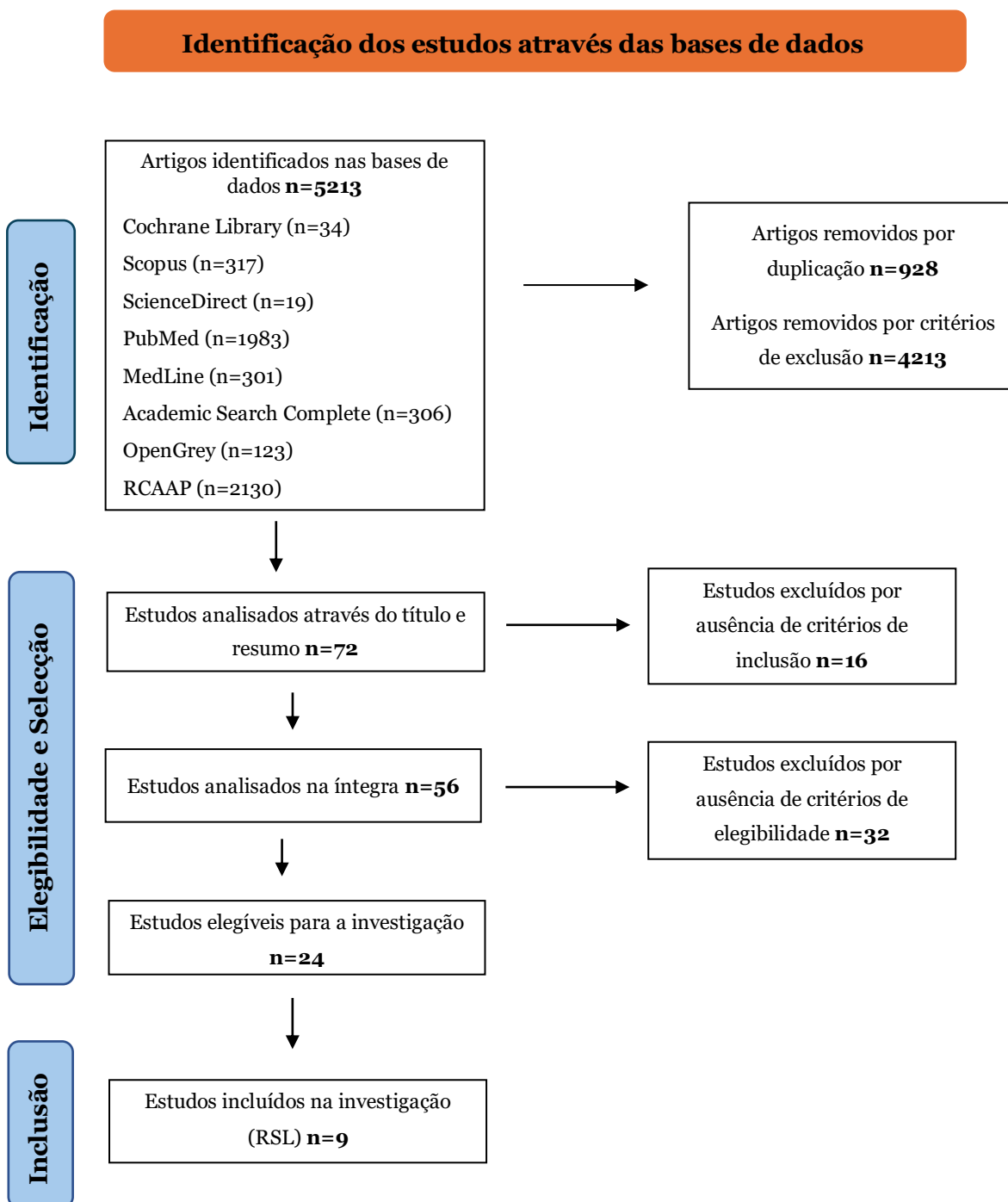


Figura 2 - PRISMA 2020 flow diagram. Fonte: elaboração própria.

Os restantes artigos, pouco mais de 4000, foram triados através do seu título e palavras-chave, segundo os critérios de exclusão anteriormente definidos, e considerando as questões de investigação como bússola para esta selecção. Deste modo, foram excluídos artigos em línguas

além das definidas, como, por exemplo, artigos em alemão e neerlandês, bem como artigos cuja publicação não se encontra dentro das esferas da Medicina, Gestão, Ciências Sociais e Ciências da Vida, pois são aquelas que mais intimamente se relacionam com a gestão de unidades de saúde.

Os 72 artigos seleccionados pelo seu título e resumo, representam cerca de 1,7% (menos de 2%) da amostra inicial, o que fortalece a ideia de este ser um estudo novo e pertinente, uma área ainda pouco explorada no campo científico. O estudo das questões éticas relacionadas com os cuidados de saúde é alargado, como mostram estes primeiros números. No entanto, como se observa na progressão do diagrama PRISMA, aqueles que se relacionam directamente com a gestão das unidades de saúde, existem em número reduzido. A grande percentagem dos documentos encontrados na pesquisa não está relacionada com a gestão de unidades de saúde *per se*, mas sim com a prestação directa de cuidados de saúde, ou com a gestão (sob ponto de vista clínico) desses cuidados. Por outras palavras, os artigos excluídos dizem respeito a situações como, por exemplo, conflitos e dilemas éticos na prática clínica e de enfermagem (em assuntos como a eutanásia, aborto, implementação de terapias dispendiosas, entre outros), ou na gestão da prestação desses cuidados. Ou seja, são documentos que não estão directamente relacionados com as questões de investigação, por se encontrarem mais próximos/estarem relacionados com a ética clínica, e não com a ética e deontologia da gestão das organizações de saúde. Destes 72 artigos, foram excluídos 16 por ausência de critérios de inclusão. Ou seja, foram excluídos artigos que não abordavam directamente assuntos o processo de tomada de decisão dos gestores de unidades de saúde, ou a necessidade de um Código de Ética para esses profissionais.

Posteriormente, outros 32 textos foram excluídos por ausência de critérios de elegibilidade, obtendo 24 artigos elegíveis para inclusão nesta investigação, que foram lidos na sua íntegra. À semelhança das fases anteriores, os documentos aqui excluídos foram aqueles que abordavam as questões éticas clínicas, o processo de tomada de decisão clínica, ou a importância de um Código de Ética na prestação directa de cuidados de saúde, ou assuntos como a gestão e distribuição de serviços de saúde, sob ponto de vista dos gestores clínicos, seja de serviços ou cuidados de saúde.

A selecção final dos artigos a incluir na investigação, teve como norte a procura de evidência das questões de partida, cumprindo tanto os requisitos de inclusão, como os requisitos de exclusão definidos inicialmente. Sob orientação das três questões iniciais de investigação, foram seleccionados 9 documentos para análise integral, e inclusão definitiva no estudo. Por um lado, é possível encontrar as respostas que procuramos, evidência directa que a GUS se constitui uma fonte de dilemas éticos, e apresentam o Código de Ética para gestores de Saúde como uma ferramenta essencial na resolução destes conflitos. Por outro, os textos eleitos

apontam também outras funções do código, como, por exemplo, elemento impulsionador do prestígio profissional dos gestores de Unidades de Saúde. Estes 9 artigos representam cerca de 0,21% daqueles inicialmente identificados, reiterando a pertinência desta investigação. A necessidade de um código de ética para gestores de unidades de saúde é uma área pouco explorada na comunidade científica, correndo o risco de viés em processos como a tomada de decisão no seio administrativo, ou a gestão e distribuição dos recursos da organização. É nossa intenção sublinhar que estes processos devem decorrer em concordância com a particularidade da GUS, evitando que permaneçam eternamente na sombra da gestão empresarial ou do paternalismo médico, sendo, por tudo isso, necessário o desenvolvimento e implementação de tal instrumento profissional.

Na Tabela 4 (pp. 40 – 42), são apresentados os dados bibliográficos relativos aos artigos seleccionados, e quais os seus contributos para este estudo.

4. Resultados

4.1. Apresentação dos Resultados

Pela análise integral dos artigos seleccionados, foi possível realizar um levantamento dos principais conceitos encontrados, que podem contribuir para o esclarecimento das inquietações científicas identificadas inicialmente, decidiu-se que a avaliação da qualidade dos estudos, decisiva para a sua inclusão na presente investigação, seria realizada consoante a identificação de uma relação directa entres os termos de pesquisa, e as questões de partida do estudo. Segundo Donato *et al.* (2019, p. 239), os investigadores deverão nortear-se pelas questões iniciais, questionando-se “se há evidências suficientes para responder de forma conclusiva à pergunta e, se houver, quão forte é a evidência”. Seguindo estas orientações, e com o objectivo primordial de seleccionar os artigos passíveis de fornecer resultados válidos, apresentam-se na Tabela 3 as questões do orientação desta triagem, e cujas respostas se encontravam elucidadas pelos autores nela referidos.

Tabela 3 – Questões de orientação para a procura de evidência nos artigos em estudo. Fonte: Elaboração própria

Nº do Resultado	Evidências em estudo	Autores
R1	1. A GUS é uma fonte de dilemas éticos?	Todos os estudos (n=9)

R2	1.1. Existe algum desafio ético com maior expressão na GUS?	Donnellan (2013) Nelson (2005) Higgins (2000) Ilse (2021) Nelson <i>et al.</i> (2009)
R3	2. A existência de um Código de Ética para gestores de unidades de saúde, tem algum impacto na GUS? (Se sim, em que circunstâncias?)	Donnellan (2013) Rubens <i>et al.</i> (2004) Žydzīunaitė <i>et al.</i> (2010) Ilori <i>et al.</i> (2024) Higgins (2000) Ilse (2021) Dolan (2005)
R4	2.1. Como ferramenta de auxílio no processo de tomada de decisão	Donnellan (2013) Nelson (2005) Rubens <i>et al.</i> (2004) Ilori <i>et al.</i> (2024) Higgins (2000) Ilse (2021) Dolan (2005)
R5	2.2. Como elemento estruturante na definição da profissão de gestor de unidades de saúde, do seu campo de acção, e na visibilidade profissional	Rubens <i>et al.</i> (2004) Higgins (2000)
R6	2.3. Como compasso de conduta ética profissional	Donnellan (2013) Rubens <i>et al.</i> (2004) Ilori <i>et al.</i> (2024) Dolan (2005)
R7	3. Existem outros recursos que auxiliam o processo de tomada de decisão ética, na GUS?	Donnellan (2013) Ilse (2021) Dolan (2005)
R8	3.1. Comitês de Ética das organizações de saúde	Donnellan (2013) Ilse (2021)
R9	3.2. Recursos formativos, como o <i>Scenario Playing</i>	Ilse (2021) Dolan (2005)
R10	4. Os artigos identificam lacunas na investigação científica?	Rubens <i>et al.</i> (2004) Žydzīunaitė <i>et al.</i> (2010) Nelson <i>et al.</i> (2009)

A tabela anterior, permite aferir que totalidade dos artigos seleccionados identifica a GUS como uma actividade profissional onde os seus sujeitos se deparam frequentemente com situações, dilemas ou conflictos éticos (R1). A identificação de todas estas situações foi abordada, de forma mais ou menos aprofundada e detalhada, de forma irregular pelos diferentes autores. Ou seja, alguns tomaram a sua palavra para detalhar os diferentes contextos onde estas situações podem acontecer, outros autores, por sua vez, direccionaram a sua reflexão para uma determinada circunstância na GUS, que se assume, nesse momento, como um desafio ético com maior relevância para a discussão na comunidade profissional. Um número considerável de textos aponta a alocação de recursos como fonte dilemática na GUS (R2), e por isso foi incluída na investigação, para posterior discussão da sua relevância científica. A questão inicial de partida foi incluída nesta tabela de orientação (R3), que permitiu a avaliação do impacto e utilidade que tem a existência de um Código de Ética para gestores em saúde – R4, R5 e R6. Considerando a inexistência universal e imperativa deste código, os investigadores pretendem averiguar se existem outros recursos que auxiliam o processo de tomada de decisão ética na GUS (R7), e quais são os mais evidentes na literatura consultada – R8 e R9.

A formulação das questões secundárias apresentadas anteriormente, teve como objectivo encontrar respostas às questões de partida da investigação, como já foi referido. No entanto, é crucial para o sucesso desta investigação, a procura de lacunas no campo científico (R10), tenham sido elas, ou não, já antecipadas pelos investigadores.

Com o intuito de facilitar a próxima etapa da investigação, a Discussão dos Resultados, procedeu-se à elaboração de uma tabela (Tabela 5, pág. 43) onde se relaciona cada artigo, com os achados descritos na subsecção anterior. A apresentação destes resultados, possibilita ainda um levantamento estatísticos dos dados, que poderão confirmar, ou não, a evidência dos achados. Para uma leitura mais fácil da informação, e evitar a repetição excessiva da informação, opta-se por recorrer aos códigos atribuídos pelos investigadores a cada artigo, e a cada achado, que estão identificados nas tabelas anteriormente apresentadas.

Tabela 4 - Apresentação dos dados bibliográficos e resumos dos artigos incluídos na investigação: Fonte: elaboração própria.

Código do Artigo	Autores e Data (País)	Tipo de Artigo	Metodologia	Contributos do Artigo	Linhas de Pesquisa Futura
A1	Donnellan, 2013 (EUA)	Artigo Científico	Qualitativa	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Necessidade de um Código de Ética para gestores de Unidades de saúde</p> <p>Código de Ética para auxílio no processos de tomada de decisão</p> <p>Código de ética como compasso moral profissional</p> <p>Os comités de ética como auxílio na GUS</p>	Como garantir um compasso moral ético dentro da organização?
A2	Nelson, 2005 (EUA)	Artigo Científico	Qualitativa	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Alocação de recursos como desafio ético de maior expressão na GUS</p> <p>Código de Ética para auxílio no processos de tomada de decisão</p>	A necessidade de uma infraestrutura ética efectiva, com processos estruturados que abordem os conflictos éticos.
A3	Rubens <i>et al.</i> , 2004 (EUA)	Inquérito	Quantitativa	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Necessidade de um Código de Ética para gestores de Unidades de saúde</p> <p>Código de Ética para auxílio no processos de tomada de decisão</p>	Como ocorre o processo de tomada de decisão face a um dilema ético?/ Identifica lacunas sobre o processo de tomada de decisão <i>per se</i>

				<p>Códigos de ética para a estruturação da profissão</p> <p>Identifica lacunas na literatura científica sobre a gestão ética das unidades de saúde</p>	<p>Que factores influenciam os valores e escolhas éticas individuais (como, experiência profissional, área de especialidade, etc)?</p>
A4	<p>Žydzūnaitė <i>et al.</i>, 2010 (Lituânia)</p>	<p>Revisão Sistemática de Literatura</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Necessidade de um Código de Ética para gestores de Unidades de saúde</p> <p>Identifica lacunas na literatura científica sobre a gestão ética das unidades de saúde</p>	<p>Necessidade de estudos sobre o processo de tomada de decisão <i>per se</i>, ou na resolução de outros dilemas éticos</p>
A5	<p>Ilori <i>et al.</i>, 2004 (EUA)</p>	<p>Revisão Sistemática de Literatura</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Alocação de recursos como desafio ético de maior expressão na GUS</p> <p>Necessidade de um Código de Ética para gestores de Unidades de saúde</p> <p>Código de Ética para auxílio no processos de tomada de decisão</p> <p>Códigos de ética para a estruturação da profissão</p>	<p>A necessidade de uma bordagem multifacetada que envolve educação, desenvolvimento de protocolos internos, e a colaboração multidisciplinar dos stakeholders, no processo de tomada de decisão ética.</p>
A6	<p>Higgins, 2000 (EUA)</p>	<p>Artigo Científico</p>	<p>Qualitativa</p>	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Alocação de recursos como desafio ético de maior expressão na GUS</p> <p>Necessidade de um Código de Ética para gestores de Unidades de saúde</p> <p>Código de Ética para auxílio no processos de tomada de decisão</p> <p>Código de Ética para auxílio no processos de tomada de decisão</p>	<p>O Código de Ética parece oferecer orientações claras aquando do conflito entre a estabilidade financeira da organização, e as necessidades de recursos em casos clínicos graves e complexos.</p>

A7	Ilse, 2021 (EUA)	Artigo Científico	Qualitativa	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Alocação de recursos como desafio ético de maior expressão na GUS</p> <p>Necessidade de um Código de Ética para gestores de Unidades de saúde</p> <p>Código de Ética para auxílio no processos de tomada de decisão</p> <p>Código de ética como compasso moral profissional</p> <p>Os comités de ética como auxílio na GUS</p> <p>O <i>role-playing</i> como método de formação ética os gestores de unidades de saúde</p>	<p>Necessidade de educação e treino em liderança ética, para fazer face a situações ética multi-facetadas.</p>
A8	Nelson <i>et al.</i> , 2009 (EUA)	Inquérito	Quantitativa	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Alocação de recursos como desafio ético de maior expressão na GUS</p> <p>O <i>role-playing</i> como método de formação ética os gestores de unidades de saúde</p> <p>Identifica lacunas na literatura científica sobre a gestão ética das unidades de saúde</p>	<p>Necessidade de estudos sobre o processo de tomada de decisão <i>per se</i>, ou na resolução de outros dilemas éticos</p>
A9	Dolan, 2005 (EUA)	Editorial	Qualitativa	<p>Identifica a GUS como fonte de dilemas éticos</p> <p>Necessidade de um Código de Ética para gestores de Unidades de saúde</p> <p>Código de Ética para auxílio no processos de tomada de decisão</p> <p>Código de ética como compasso moral profissional</p> <p>O <i>role-playing</i> como método de formação ética os gestores de unidades de saúde</p>	<p>Necessidade de uma boa preparação dos gestores para fazer face ao desafios éticos da GUS</p>

Tabela 5 - Extracção de dados dos artigos incluídos na pesquisa. Fonte: Elaboração própria.

Artigos	Achados/Resultados									
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
A1	X		X	X		X	X	X		
A2	X	X		X						
A3	X		X	X	X	X				X
A4	X		X							X
A5	X	X	X	X		X				
A6	X	X	X	X	X					
A7	X	X	X	X			X	X	X	
A8	X	X								X
A9	X		X	X		X	X		X	
Frequência dos Achados (n)	n=9	n=5	n=7	n=7	n=2	n=4	n=3	n=2	n=2	n=3

Após avaliação dos artigos encontrados, pode afirmar-se que, em todos os textos seleccionados, que a GUS surge como um campo profissional onde são experienciados desafios, situações, ou dilemas éticos de forma frequente, e inerente ao próprio desempenho de funções dos gestores (n=9). Estes desafios surgem em situações de tomada de decisão (seja ela exclusiva à gestão da organização, seja ela no auxílio à tomada de decisão clínica), na garantia de um desempenho ético da organização, pela instituição de regulamentos, códigos de ética e conduta, ou em situações onde uma tomada de posição implica uma maior responsabilidade e idoneidade profissionais, concernente aos gestores. Foi encontrado um artigo (A8), no qual foi realizado um inquérito telefónico a 13 CEOs de Hospitais americanos, que identifica que todos os gestores experienciam problemas éticos, pelo menos uma vez por a semana, ou uma ou três vezes por mês (os indicadores de frequência mais baixos utilizados no inquérito). Dois dos documentos analisados (A4 e A5), apresentam de forma muito clara e detalhada, os variados dilemas éticos que surgem na GUS. É de salientar que estes são os únicos artigos científicos encontrados na pesquisa, tendo por isso um peso maior na procura de evidência científica. Os autores abordam os dilemas éticos que emergem da especificidade da GUS, como situações dependentes ou correlacionadas com contextos políticos e económicos (como a obtenção de financiamento externo adequado às necessidades da organização, por exemplo), situações que concernem a tomada de decisão ética pelos administradores, ou até mesmo a salvaguarda de uma boa liderança ética. Temas como o equilíbrio entre os interesses dos pacientes, os dos diversos grupos profissionais, com os interesses administrativos e obrigações da própria

organização (imperativos para o seu funcionamento saudável), também são abordados na literatura consultada.

A alocação de recursos parece ser, como previsto, o assunto com maior expressão, no que concerne aos dilemas éticos inerentes à GUS (n=5). Considerando os constrangimentos financeiros e empresariais já referidos no Enquadramento Teórico (como, por exemplo, o desadequado financiamento dos sistemas de saúde, e a implementação de novas regras de gestão das organizações), ou a carência de profissionais sentida pelas organizações, por exemplo, a alocação de recursos torna-se num dilema ético, na GUS. A progressiva exigência de um desempenho organizacional pleno de resultados positivos, garantindo, simultaneamente, justiça na distribuição dos poucos recursos disponíveis. O artigo A7, chega mesmo a identificar que a alocação de recursos escassos é um dilema ético recorrente desde a década de 60, no entanto, não é encontrada na literatura, evidência de uma abordagem sistemática à resolução deste conflito.

A importância de existir um código de ética para gestores de unidades de saúde, é apoiada pela maioria dos autores consultados (n=7), sendo o *ACHE Code of Ethics* referenciado frequentemente como exemplo a seguir. No artigo A1, é referido que, à semelhança de outras profissões relacionadas com a prestação de cuidados de saúde (como os enfermeiros, médicos, farmacêuticos, entres outros), a adesão a um Código de Ética permite a projecção social do conjunto de valores partilhados pelo grupo profissional. A pressão externa por organizações de acreditação de qualidade (como a *Joint Commission International*), a necessidade de responder a desafios em saúde cada vez mais complexos, as exigências cada vez maiores para um desempenho organizacional ético, onde o papel de um líder capaz de tomar decisões éticas, vem corroborar a relevância da adopção de um Código de Ética para gestores de unidades de saúde.

Considerando a implementação deste código, foi possível identificar três áreas onde esta teria maior impacto: como ferramenta de auxílio no processo de tomada de decisão (n=7); como elemento estruturante e de coesão profissionais, capaz de dar maior visibilidade e força à profissão de gestão de unidades de saúde, que é tão peculiar (n=2); e como elemento de compasso, ou orientação, de conduta ética profissional (n=4). De facto, todos os autores sublinham que o código de ética poderá ser recurso útil em processos difíceis de tomada de decisão, sobretudo aqueles embebidos em ponderações éticas onde valores pessoais, profissionais e/ou organizacionais, podem entrar em conflito, tornando a sua resolução aparentemente difícil de se concretizar. O peso das palavras e posições adoptadas pelo gestor, dentro da empresa e aquando das tomadas de decisão, também é, de certa forma, condicionado pelo status social da profissão. Dois artigos consultados defendem que o código, é um elemento capaz de projectar a profissão socialmente, por representar a essência da profissão, aquilo que

defendem como profissionalmente virtuoso, e capaz de emanar maior segurança no campo profissional (entre outros grupos profissionais), e na esfera social (como representação de uma imagem positiva da profissão). Por último, é de salientar a literatura consultada aponta também a importância de um código de ética como um guia, ou compasso (citando A1), para o estabelecimento de standards éticos na GUS. Considerando a particularidade deste tipo de gestão, os autores consultados referem a necessidade deste guia estruturado e sistematizado, como recurso ético para enfrentar os desafios constantes do seu exercício profissional. Os autores do artigo A5 sublinham mesmo que, são os princípios deontológicos que dão ênfase ao dever e às obrigações profissionais. Por sua vez, os autores do artigo A3 afirmam que, existe já alguma evidência entre a existência de um código de ética (neste caso, o *ACHE Code of Ethics*), e uma mudança positiva no comportamento e capacidade de decisão dos estudantes de Mestrado em Gestão em Saúde (na ACHE, EUA).

No que respeita ao processo de tomada de decisão ética *per se*, no contexto de GUS, encontram-se referências de outras ferramentas de apoio utilizadas pelos gestores (n=3). Dois artigos fazem referência aos Comitês de Ética das organizações de saúde (n=2), como um auxílio precioso na resolução de conflitos éticos, ou decisões que implicam maior ponderação ética. No entanto, estes comitês parecem ser insuficientes, e pouco capazes, de responder a questões específicas da GUS, ou auxiliar os gestores a encontrar soluções satisfatórias a essas questões, considerando a particularidade da gestão de uma organização que presta cuidados de saúde, e a diversidade dos seus *stakeholders*. Surpreendentemente, dois artigos apontam o *scenario playing* (n=2), isto é, a simulação de situações eticamente complexas, como recurso ao processo real de tomada de decisão, ainda que deva acontecer num tempo antecipado e como preparação para um eventual acontecimento real.

Após a análise e leitura de todos os artigos, identificaram-se apenas três que referem a ausência de estudos sobre a temática da GUS como fonte de dilemas éticos (n=3). Os artigos, apontam não só a falta de estudos que definam os dilemas éticos específicos à GUS, mas também no que se refere à resolução desses dilemas, e processo de tomada de decisão ética. Os autores do artigo A8, evidenciam que poucos são os estudos que examinam os desafios éticos, na perspectiva dos gestores de saúde. É notória a existência de múltiplos estudos sobre determinados assuntos éticos, cujo sujeito é, geralmente, um profissional que presta cuidados de saúde. No entanto, ainda são identificadas lacunas na investigação, no que respeita à GUS de forma ética, e ao processo de tomada de decisão por parte dos gestores.

4.2. Discussão dos Resultados

O objectivo da presente RSL é averiguar se a GUS se constitui, ou não, como uma fonte de dilemas éticos, bem como entender se a implementação de um Código de Ética específico aos gestores destas organizações, pode ser um recurso valioso na resolução desses dilemas. Pretende-se, também, averiguar que ferramentas são utilizadas (caso existam) pelos gestores, quando confrontados com situações de complexos desafios éticos. As expectativas iniciais da investigação não anteviam a existência de literatura significativa para encontrar conclusões válidas, já que as primeiras pesquisas na literatura cinzenta não conduziam a resultados satisfatórios. No entanto, e para nossa surpresa, a presente RSL foi significativamente frutífera, ainda que não seja possível inferir, com toda a certeza, se a existência deste código é decisiva na resolução de conflitos éticos em gestão de unidades de saúde. Após apresentação e explanação dos resultados obtidos, parece-nos pertinente remeter esses achados às questões de partida desta investigação, de uma forma mais objetiva e clara, ensaiando encontrar as respostas que procuramos.

A primeira questão colocada, foi a seguinte: “A Gestão de Unidades de Saúde constitui-se como uma fonte de dilemas éticos?”. Observando a Tabela 3, pode inferir-se que sim, a GUS pode constituir-se objectivamente como uma fonte de dilemas éticos. De facto, todos os artigos incluídos nesta investigação, confirmam que gerir uma organização de saúde acarreta a exposição a complexos desafios diários, onde diferentes valores éticos podem entrar em confronto. À semelhança das informações já apresentadas no Enquadramento Teórico, estes textos mostram que a gestão de uma unidade de saúde está impregnada de situações de conflito ético. De uma forma geral, todos os autores afirmam de uma forma ampla, que a própria natureza da GUS implica tomada de decisões éticas diariamente, numa panóplia de diferentes situações, tais como: acesso aos serviços da organização, a alocação de recursos limitados, na correcção de comportamentos pouco éticos dos funcionários (norteando da conduta ética dos seus funcionários), nos processos de tomada de decisão, ou no conflito entre as exigências da sua organização, e as da população que serve.

No entanto, também foi possível encontrar autores que exploram um pouco mais certos lados desse prisma. Por exemplo, Donnellan (2013), afirma que os gestores de saúde enfrentam três grandes tipos de conflitos: aqueles que envolvem um processo de decisão, aqueles que envolvem actividades de investigação, e aqueles relacionado com o cumprimento das regras institucionais, leis e regulamentações, bem como padrões de conduta profissional. E foi possível também encontrar autores que, de uma forma mais descritiva, apresentam no seu seus artigos diferentes situações inerentes à GUS, que se constituem como eticamente conflictuosas, como, por exemplo, as interacções e transacções com forças políticas externas, ou forças de

outras instituições (Žydzīūnaitė *et al.*, 2010), ou considerações religiosas e culturais, ou até mesmo legais (Ilori *et al.*, 2024).

A alocação de recursos parece ser a temática com maior eco na esfera social (e, conseqüentemente, científica): seja na óptica dos profissionais envolvidos (directa e/ou indirectamente) na prestação de cuidados de saúde, que não encontram nas suas organizações os meios suficientes para atingir os bons resultados em saúde que almejam. Seja na perspectiva do utente, que não encontra nesses serviços a resposta às suas necessidades, traduzindo-se esta situação em tempos de espera para atendimento, demasiado extensos, ou a indisponibilidade de serviços adequados em proximidade geográfica, por exemplo. Seguindo a curiosidade e inquietações dos investigadores sobre este fenómeno – alocação de recursos em GUS –, e antecipando um pouco os resultados prováveis da nossa investigação, optou-se por incluir este conceito, como palavra-chave, na presente investigação.

Em boa verdade, quando se procedeu a uma pesquisa bibliográfica embrionária, com intuito de contextualizar e fundamentar a pertinência do estudo, “alocação de recursos” foi o termo que figurava com maior frequência nas pesquisas relacionadas ao conceitos “gestão de unidades de saúde” e “gestores de unidades de saúde”, utilizando ambas as traduções portuguesa e inglesa dos termos/palavras-chave. Já depois da pesquisa final, mais de metade (n=5) dos artigos incluídos (n=9), confirmaram esta hipótese. Ilse (2021), afirma que esta problemática está identificada já desde os anos 60, mas que é fundamental que os executivos consigam assumir pragmaticamente, que estão perante um dilema ético. Nelson *et al.* (2009), conseguem provar no seu estudo que a alocação de recursos é o assunto de maior preocupação entre os gestores, identificando a necessidade de mais ferramentas que os auxiliem nestes processos complexos e difíceis (sem, no entanto, providenciar sugestões no que concernem esses instrumentos). Higgings (2000), acrescenta o conceito da justiça a esta equação – a questão não passa, apenas, pela forma como os recursos são distribuídos, mas, também, pela existência de um carácter justo nessa distribuição. Ilori *et al.* (2024) e Nelson (2005) sublinham o peso deste acto, e é transversal em todos estes autores um facto encontrado: o apelo a mais e melhores ferramentas de suporte para uma GUS ética, congruente com os valores que defende e a missão que tem para com a comunidade que serve.

É de salientar, também, que a relação entre este termo e a gestão de unidades de saúde foi bastante frequente na literatura excluída para análise (por estar enquadrada nos critérios de inclusão), seja no campo da gestão da organização, seja no campo da prestação de serviços de saúde *per se*. Como é referido no Enquadramento Teórico, as alterações demográficas da sociedade, os avanços tecnológicos e científicos da Medicina, e a necessidade de novos modelos de gestão que fomentem a sustentabilidade dos sistemas de saúde, tornam a alocação de recursos uma tarefa cada vez mais desafiante. Como também já foi referido, é impossível que

qualquer organização consiga responder a todas as necessidades dos seus clientes, pois nenhuma delas é capacitada de recursos infinitos (Little *et al.*, 2018). É, então, imperativo estabelecer prioridades na distribuição dos recursos disponíveis, sejam eles financeiros, físicos ou humanos. Com a implementação dos conceitos da Bioética, cada vez mais presente na prestação de serviços de saúde, quaisquer decisões sobre onde colocar “quem” e “o quê”, nas várias ramificações e campos de intervenção da empresa, podem revelar-se hercúleas. Com certeza o gestor quererá satisfazer ambos clientes externos, internos ou outros *stakeholders*, no entanto, condicionantes organizacionais impedem-no de assim proceder – será esta lealdade dualista, uma das resistências a um processo rápido e eficiente de distribuição e/ou racionalização dos recursos (Pont *et al.*, 2012).

Relativamente à segunda questão de investigação, formulou-se a seguinte: “A existência de um Código de Ética para gestores de unidades de saúde, tem alguma expressão na GUS? Se sim, em que circunstâncias?” Pelo que foi possível apurar, mais de 75% dos artigos (n=7) defendem a implementação de um Código de Ética para gestores de saúde. Todos estes autores defendem que o código pode constituir-se como ferramenta preciosa no processo de tomada de decisão, sustentando uma cultura organizacional ética, promovida e fomentada pelos próprios gestores. Os autores Donnellan (2013), Nelson (2005), Rubens *et al.* (2004), Higgins (2000) e Dolan (2005), referenciam inclusivamente o *ACHE’s Code of Ethics*, como um documento fundamental no processo de tomada de decisão, aquando de situações dilemáticas. Ilse (2021) e Ilori *et al.* (2024), acrescentam que o código fomenta a transparência destes processos, garantindo assim decisões mais justas e equitativas, que se traduzem em melhores resultados em saúde nas populações que servem. Decisões com este carácter, serão aquelas que trarão níveis mais altos de satisfação e confiança, de ambos clientes internos e externos das organizações de saúde. De facto, Higgins (2000) destaca o impulso social que o código poderá trazer à tão peculiar profissão de GUS. À semelhança de outros grupos profissionais, a implementação deste documento como orientador de conduta e comportamento, e como ferramenta no processo de decisão, em muito irá contribuir para consolidar o status profissional dos gestores, transmitindo uma imagem virtuosa da profissão e dos valores que preservam e pelos quais se guiam.

Os resultados a esta questão parecem indicar ainda a ausência de uma estrutura profissional firme, com bases científicas e deontológicas, que proporcione a visibilidade necessária a este ponto de encontro entre a gestão e a saúde. Sendo já uma referência na contextualização teórica deste estudo, os autores Rubens *et al.* (2004), Dolan (2005), Ilori *et al.* (2024) e Donnellan (2013), sublinham a importância que este código tem como compasso de conduta ética profissional, que poderá aumentar significativamente o peso e o impacto das posições tomadas pelos gestores, nas situações que têm vindo a ser descritas. Estes dois últimos autores referidos,

acrescentam ainda que ao definir a conduta ética do gestor em saúde, é determinante na formação e preservação de uma cultura ética positiva dentro da organização. Ou seja, uma organização ética implica um gestor ético.

Ainda que nos pareça que o Código de Ética é um auxiliar valioso no processo de tomada de decisão, é importante averiguar a terceira (e última) questão desta investigação – “Existem outros recursos que auxiliam este processo, de forma ética, na GUS?”. Apenas um terço (n=3) dos artigos consultados possibilitou aclarar esta questão. Não foram encontrados recursos que substituam o código, mas sim que acrescentam fluidez e tornam mais fácil todo o processo de tomada de decisão ética. Donnellan (2013) e Ilse (2021), referem que o recurso aos Comitês de Éticas das organizações é um mecanismo com algum sucesso. A sua participação, pela sua perspectiva multidisciplinar, e pela sua posição mais imparcial ao foco do problema, é fundamental no encontro da melhor solução possível à organização. No entanto, os autores referem que os Comitês apresentam algumas carências na capacidade de auxiliar processos de decisão exclusivos à gestão da organização de saúde, sobretudo por estarem mais formatados profissionalmente a resolver questões éticas directamente relacionadas com a prática clínica, e não exclusivamente com a GUS. Um achado interessante neste estudo, em resposta a esta questão, foi trazido por Dolan (2005) e Ilse (2021): o recurso ao *scenario playing*. Os autores defendem que os gestores poderão utilizar este processo em modo laboratorial, onde são confrontados com potenciais desafios na GUS, e ali melhorar a sua preparação de gestão e capacidade de tomada de decisão. A formação de gestores, no que respeita à liderança ética passa, assim, por experienciar simulações específicas de cenários complexos e desafiantes, e em situações multifacetadas, fomentando neles uma capacidade de resposta mais eficaz, eficiente e, sobretudo, eticamente correcta.

Em suma, os resultados obtidos nesta investigação permitem inferir que a GUS é, sem dúvida, uma fonte de dilemas éticos, seja no microcosmos de funcionamento interno da organização, seja nas suas interações externas, com outros parceiros de prestação de cuidados, ou até mesmo ligações governamentais e legais. A alocação de recursos, parece ser a tarefa que despoleta mais questões éticas para os gestores: a distribuição justa dos limitados recursos, cada vez mais escassos, das organizações, com intuito de satisfazer ao máximo as necessidades em saúde dos seus utentes, é um desafio potenciado por todas as alterações socio-demográficas sentidas nas últimas décadas. A existência de um Código de Ética para gestores de unidades de Saúde tem um impacto significativo e positivo na gestão das organizações, não só como ferramenta de auxílio na tomada de decisões difíceis, mas também como elemento catalisador da idoneidade e status social do gestor (como já referiam anteriormente Faria *et al.*, 2010), sendo pilar essencial na estruturação da classe profissional, e dos valores que defendem. Existem outros recursos preciosos, próximos do gestor, que o podem auxiliar a tomar uma

decisão ética. Por um lado, os Comitês de Ética, que, ainda com alguma visibilidade na organização, parecem cair num certo obsolescência, no que se refere a questões específicas à GUS *per se*. Por outro, os próprios gestores estão a trazer à comunidade académica novas formas de treino e preparação, como o *scenario playing*, que possibilita a vivência de certas situações simuladas em ambiente laboratorial (uma sala, um palco, por exemplo). O exercício empático de colocar o gestor em determinadas circunstâncias, e sob determinadas condições, parece trazer resultados valiosos em gestão e capacidade de resposta a desafios complexos.

Relativamente ao processo de tomada de decisão, esta pesquisa encontrou três estudos (n=3) que identificam, na literatura, uma lacuna relativa à forma concreta como este processo se desenrola, no seio corporativo da GUS. Nelson *et al.* (2009) e Žydžiūnaitė *et al.* (2010), são objectivos na falta de estudos sob a perspectiva única e particular dos gestores de unidades de saúde, ainda que a literatura seja farta nesta temática, mas pela perspectiva dos prestadores de cuidados de saúde directos. Nelson *et al.* (2009) e Rubens *et al.* (2004), aprofundam um pouco mais esta questão e afirmam mesmo que, não existem estudos sistemáticos que transpareçam a forma como as decisões são tomadas pelos gestores, em circunstâncias eticamente desafiantes. Como havíamos já antecipado, ainda existem muitas lacunas por preencher na esfera científica, no que se refere à resolução de desafios éticos. Quem sabe se, procurando preencher estas prateleiras vazias, não seriam encontradas soluções para outros problemas éticos na GUS, como a corrupção.

As bases de dados e repositórios científicos, estão repletos de estudos sobre dilemas éticos na prestação de cuidados de saúde, e até mesmo na gestão de empresas. Contudo, encontrar artigos que explicassem o cruzamento entre GUS, área tão peculiar da gestão, e um Código de Ética que lhe fosse específico, não foi tarefa fácil. As respostas encontradas foram satisfatórias, mas ao contextualizar o número de achados, no universo disponível das fontes de literatura, não poderão ser consideradas como universais. A dimensão reduzida da amostra conseguida pode, com efeito, ser vista como sinónimo de um campo ainda inexplorado pela comunidade científica.

É inquestionável que a GUS se constitui uma fonte de dilemas éticos, começando pela dualidade dos seus dois campos de acção: gestão e saúde. Do ponto de vista financeiro e funcional, e organizacional, é quase impossível a gestão das unidades de saúde fora do modelo empresarial. O espaço para a corrupção aumenta (Little *et al.*, 2018), torna-se mais difícil manter a fidelidade de ambos clientes internos e externos (Svara, 2011), a qualidade dos serviços prestados fica comprometida (Nunes *et al.*, 2015), bem como a sustentabilidade da própria organização (Pereno *et al.*, 2020).

Torna-se imperativo que a GUS comece a sair da sombra da gestão e da saúde, e instaurar-se como profissão autónoma, pelas suas características e necessidades específicas – algo já

identificado por Peter Drucker. Isso implica um forte sentido de valores profissionais, que possam assistir os gestores nas decisões complexas que devem tomar (Rubens *et al.*, 2004), de preferência explícitos em documento físico, e capazes de portar a voz de toda classe profissional. Vários são os autores que correlacionam a idoneidade profissional dos gestores de unidades de saúde, com a estruturação da classe. Begun *et al.* (2018), afirmam que, do ponto de vista histórico, a evolução das profissões da área da gestão em saúde começa com a melhoria dos padrões da formação, a adopção de qualificações como o Mestrado, a padronização de programas académicos, a formação de uma associação profissional primária, e, posteriormente, a adopção de um código de ética – estes são marcos importantíssimos, e sinais de profissionalização, ou seja, de individualização enquanto classe. Estes autores vão um pouco mais longe no seu artigo, e propõem até um Juramento (similar ao Juramento de Hipócrates), para gestores de unidades de saúde, com intuito de aumentar o prestígio, e expressar claramente aquilo que difere este, dos outros tipos de gestão. Higgins (2000) e Rubens *et al.* (2004), referem não só o *ACHE Code of Ethics*, mas também o seu análogo da *American College of Health Care Administrators (ACHCA) Code of Ethics*; já Ilse (2021) faz referência ao *Canadian College of Health Leaders Code of Ethics*. Parece que esta preocupação está mais implícita no continente americano, já que numa pesquisa pelo website da *European Health Management Association*, nenhum documento similar foi encontrado. Reportando a Tabela 4, é possível observar, também, que todos os artigos em estudo foram produzidos do outro lado do Atlântico.

É importante salientar aqui, que o modelo da NGP deu os primeiros passos em Portugal apenas em 1995. Ou seja, só a partir daí o país começou a largar o paternalismo médico na gestão dos serviços de saúde, e a assumir esta tarefa sob directivas verdadeiramente empresariais. Os primeiros cursos de Mestrado em Gestão em Saúde, começaram a surgir nos anos seguintes – veja-se que o presente Mestrado da Universidade de Beira Interior, recebeu os seus primeiros alunos no ano lectivo 1999/2000. As inquietações com a ética aplicada à GUS manifestaram os seus primeiros sintomas com o artigo de Faria *et al.*, em 2010, mas após esse período, parece existir um silêncio absoluto na literatura científica.

Os meios de comunicação social expõem, cada vez mais, casos de corrupção, injustiça, e falta de transparência na gestão dos serviços de saúde. Também é notório o outro lado da moeda: a dificuldade dos gestores em cumprir os deveres para com a população que serve, com a baixa disponibilidade de recursos a que tem acesso. Estes profissionais são claros e objectivos sobre a complexidade do cargo que ocupam, e as situações delicadas a que são expostos no seu dia a dia profissional. Também são claros, a expressar a necessidade de mais recursos de apoio ao desempenho das suas funções, no que toca, sobretudo, aos processos de tomada de decisão, e

alocação de recursos, onde habitualmente os gestores vivenciam situações eticamente dilemáticas.

O Código de Ética assume um papel de auto-regulação profissional, diferenciando-se de outros, como regulamentos de exercício profissional – por exemplo o Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) –, ou códigos de conduta profissional – por exemplo o Código de Conduta dos SPMS (2022) –, por integrarem as normas morais e princípios éticos próprios do grupo profissional. Esta função, confere também a cada classe, não só a sua própria identidade profissional, mas também uma voz que exprime quais os aspectos particulares da profissão, e o impacto do seu trabalho ao nível social e organizacional. Desta forma, pode dizer-se que o Código vem delimitar as responsabilidades do gestor, e conceder-lhe uma autonomia ética a nível profissional, aquando da vivência de situações de conflito ético, pois a ele é outorgado o ónus de fazer a ponte entre a ética médica e a ética organizacional (Faria *et al.*, 2010).

Importa ressaltar que, no entanto, não se sugere aqui a elaboração de uma cópia do *ACHE Code of Ethics*, ainda que este seja fortemente aclamado pela literatura científica, como, aliás, mostram os resultados da investigação. Será crucial, sim, que este seja ajustado à realidade portuguesa, e às necessidades experienciadas pelos gestores de unidades de saúde do nosso país. Os desafios culturais, sociais, económicos e demográficos, estão dependentes do contexto onde se desenrola a situação, e aqueles sentidos pelos gestores portugueses serão, sem dúvida, diferentes daqueles vividos pelos seus colegas que desempenham funções num outro país, sob outro domínio cultural, legislativo e financeiro. Se em 1954, Fletcher trouxe para discussão na comunidade científica, assuntos como a contraceção, a eutanásia, ou os direitos do paciente, alguns desses temas apenas ganharam espaço e atenção em Portugal, num tempo muito recente – como, por exemplo, a eutanásia em 2023 (Lei n.º 22/2023, de 25 de Maio), ou o direito à parentalidade, pela gestação de substituição, em 2021 (Lei n.º 90/2021, de 16 de Dezembro). É fácil, pois, compreender que a inquietação por mais instrumentos que auxiliem o exercício profissional, e a resolução de situações complexas, e eticamente dilemáticas, dos gestores de unidades de saúde, se encontre mais sintomática nos últimos 15 anos (sendo nossa referência temporal, a publicação de Faria *et al.* em 2010).

A existência de um Código de Ética poderá ser factor determinante no desempenho profissional do gestor, e, por consequência, da organização, e na qualidade dos serviços que promove. Se fizermos uma analogia aos códigos éticos e deontológicos vigentes em Portugal, nas diferentes profissões ligadas à prestação de serviços de saúde, podemos observar que estes documentos defendem a aplicação dos princípios bioéticos não só ao profissional, como também ao seu utente/cliente (externo e interno). Considerando as exigências e constrangimentos, emergentes dos novos modelos de gestão hospitalar, que compelem os

gestores a situações de conflitos éticos, e a tomadas de decisão complexas, como comprovam os resultados desta investigação, o recurso a um Código de Ética poderá proteger o gestor na sua decisão (preservando o seu direito de autonomia), sem comprometer a qualidade e distribuição dos serviços de saúde (protegendo também os princípios bioéticos do utente). Para melhor clareza deste assunto, consideremos um exemplo análogo, respeitante à Enfermagem: uma enfermeira poderá recusar prestar os seus serviços numa situação de morte clinicamente assistida, por exemplo, pelo seu direito de objecção de consciência contemplado no Código Deontológico dos Enfermeiros (referência). No entanto, segundo esse Código, a enfermeira é impelida de transferir os cuidados que lhe estavam encarregues, para outra colega que não tenha as mesmas convicções morais (isto é, que não se oponha a práticas como esta em questão), garantido assim o direito do utente a ser cuidado, e mantendo concomitantemente o seu próprio direito à autonomia. O desempenho da organização de saúde, e a credibilidade e confiança da população que serve, não ficam comprometidos pela não prestação de um cuidado ou serviço de saúde, que é seu de direito.

O desenvolvimento e implementação de documentos de regulamentação profissional, com ou sem vínculo legislativo, são resultantes de largas discussões na comunidade científica. O triunfo das discussões, e o alcance de resultados positivos, depende da precocidade com que os temas são trazidos para a mesa de trabalho. O Código de Nuremberga, e a Declaração de Helsínquia, abriram o caminho à Ética na esfera das Ciências da Vida, e foram, implícita ou explicitamente, impulsores de outros documentos como os Códigos de Ética em Enfermagem ou Medicina. A gestão dos serviços relacionados com esta área, nomeadamente os serviços de saúde, merece agora o seu próprio espaço, diferenciando-a definitivamente da gestão em geral, como defendem Begun *et al.* (2018), e assumindo a peculiaridade do binómio gestão – serviços de saúde. É urgente “a conjugação entre as ferramentas próprias da ética dos negócios (*Business Ethics*) e os princípios da Bioética e do Biodireito”, para que seja devidamente reconhecida a especificidade da GUS, lhe seja dada a oportunidade de desenvolver o seu próprio Código de Ética, e estabelecer-se como área profissional diferenciada (Faria *et al.*, 2010).

A literatura consultada, apoiada pelos resultados desta investigação, apontam que a existência de um Código de Ética para Gestores de Unidades de Saúde, é uma solução segura para contornar os desafios que têm vindo a ser apresentados, bem como um pilar sólido para dar legitimidade à profissão. No entanto, fica ainda uma questão em aberto: o que é impede a elaboração e implementação deste Código? Talvez seja, esta questão, o início de um estudo futuro.

5. Conclusão

A investigação desenvolvida foi motivada pelo artigo de Faria *et al.* (2010), que defende a existência de um Código de Ética para Gestores de Unidades de Saúde. Atraídos por uma temática tão oportuna, e ainda tão pouco expressada na literatura científica, formulámos três questões de partida, com intuito de entender a necessidade de uma abordagem e estruturação éticas específicas à GUS, à semelhança de grupos profissionais como os médicos ou enfermeiros. Assim, a primeira questão pretendia apurar se, efectivamente, a GUS é uma fonte de dilemas éticos, para que pudesse albergar a pertinência de um Código de Ética. Com a segunda questão, desejava-se entender se a existência deste código tem algum impacto na GUS, bem como identificar as circunstâncias onde ele é sentido e/ou vivido pelos gestores. Para não correr o risco de ignorar a existência de ferramentas preciosas para os processos de tomada de decisão ética na GUS, optou-se por incluir uma terceira questão de partida, que pretendia apurar a existência destes outros recursos utilizados pelos gestores.

Assim, procedeu-se a uma RSL orientada com o objectivo de encontrar evidência científica na literatura, da importância deste código para os gestores em particular, e em que situações ele pode, ou não, ser importante. Após definição dos termos de inclusão e exclusão para a pesquisa, os artigos foram seleccionados segundo o PRISMA *Diagram Flow*, para uma análise integral daqueles, finalmente, que mostravam evidências suficientes para responder às questões de partida. Os nove artigos encontrados foram capazes de responder positivamente às questões de investigação. Apesar dos resultados positivos, estes não deixam de ser paradoxais: se, por um lado, a evidência dos resultados é forte pelas respostas obtidas, por outro lado, a fraca quantidade de artigos viáveis ao estudo (n=9), não permite apurar conclusões universais.

Como fora previsto na contextualização teórica, os resultados deste trabalho indicam que a GUS é uma actividade profissional única, impregnada de constantes situações com desafios éticos complexos. A particularidade desta profissão reivindica o aumento do seu prestígio e status social, e isso passa, segundo autores como Faria *et al.* (2010) e Higgins (2000), por estruturar a profissão à semelhança de outras classes profissionais. Talvez seja esta falta de visibilidade externa que torna a GUS, ainda, uma enteada da Gestão. A existência de um Código de Ética vem, não só, fomentar esta visibilidade, mas também, auxiliar e defender os gestores nas suas decisões.

A existência de outros recursos para os processos de tomada de decisão, como os Comités de Ética, ou os Códigos de Ética e Deontológicos de cada instituição e classe profissional, respectivamente, poderão, de certa forma, atrasar o nascimento do Código, por serem amparos de fácil e rápido acesso. Mas como afirmam Nelson (2005) e Nelson *et al.* (2009), é imperativo

dar espaço à posição única do gestor em saúde, e ouvir a sua própria voz profissional – isto é, o conjunto de valores, deveres e missão dos gestores de unidades de Saúde.

A Gestão de Unidades de Saúde é, sem dúvida, uma actividade profissional na qual, inerentemente, são originadas circunstâncias eticamente dilemáticas. O recurso a um Código de Ética específico a gestores destas organizações é uma ferramenta fulcral em processos como a alocação de recursos e tomadas de decisão complexas. Apesar de existirem outros recursos, o Código parece ser aquele com maior expressão na literatura consultada. A este documento acrescentam-se-lhe outras vantagens: fomenta e enraíza a profissão e os seus valores, e assume-se como bússola ética na conduta profissional. Contudo, ainda são necessários mais estudos científicos e estruturados, para poder tornar soberanas estas conclusões.

Este estudo foi realizado sob algumas limitações, que merecem ser aqui referenciadas. Para tornar a pesquisa mais ampla, e também mais rápida, os termos chave foram utilizados na sua tradução em Inglês. Pensa-se que, a oportunidade de repetir a pesquisa, utilizando os termos chave nas mesmas línguas aceites como factores de inclusão, poderá originar resultados diferentes aos aqui apresentados (mas também uma investigação mais longa, em tempo de execução). A ausência de bases de dados de literatura cinzenta credíveis, e com motores de busca precisos, foi outra limitação sentida – a literatura cinzenta pode ser fraca em mostrar evidência científica, mas tem um peso significativo na tentativa de apurar algumas inquietações da comunidade.

Ao finalizar a investigação, é possível ainda identificar algumas lacunas na literatura, que merecem ser alvo de investigação futura, e que por isso deixamos como sugestão.

A primeira proposta tem origem nas lacunas identificadas nos artigos em estudo: Como acontecem os processos de tomada de decisão, no seio da administração das organizações de Saúde? Os autores são explícitos nesta questão – não existe evidência científica, *in factum*, do processo de decisão. Seria, na nossa óptica, uma questão interessante para investigar: entender quais os passos percorridos, como é decidido o rumo a seguir em cada cruzamento ou confronto de interesses, de valores éticos. É crucial dissecar, para compreender, os elementos que compõem este processo, e a forma como são expressados, nas mesas de decisão do corpo administrativo. Ou seja, averiguar a forma como as decisões são tomadas, que passos e etapas são seguidos, e como as prioridades são estabelecidas dentro da organização. Seria pertinente desenrolar-se como Estudo Inquérito, e recolher dos próprios gestores de unidades de saúde, as respostas a estas questões, para tentar diminuir a lacuna identificada neste estudo, entre a teoria e a prática dos processos decisivos, a nível executivo. Uma investigação deste âmbito, também poderia contribuir para uma maior transparência em assuntos como a corrupção, ou os conflitos de dupla lealdade na gestão de unidades de Saúde.

Como segunda proposta, sugerimos a repetição do presente estudo, com acrescento de uma segunda fonte para recolha de dados. Ou seja, numa primeira fase poderá ser reproduzida esta RSL, incluindo os termos de pesquisa traduzidos nas mesmas línguas aceites como critérios de inclusão, com objectivo de alargar a procura e, possivelmente, os resultados obtidos. Para encontrar resposta às questões de investigação, acreditamos que, aumentando a amostra de artigos viáveis para análise, poderemos aumentar a força das evidências encontradas. Numa segunda fase, sugerimos a recolha de dados por inquérito aos gestores de unidades de saúde, seguindo as questões de investigação apresentadas na Tabela 3. Pelos motivos explicitados no parágrafo anterior, acreditamos que é essencial ao estudo deste tema, o levantamento das inquietações e comportamentos (pessoais e profissionais) na primeira pessoa, e tentar compreender e encurtar a distância entre a evidência da literatura, e os factos da própria acção.

Pensamos que o cruzamento dos variados achados nestas duas abordagens, possa ser verdadeiramente produtivo para encontrar resposta válida à questão “A Gestão de Unidades de Saúde, é uma fonte de dilemas éticos?”. É imperativo entender dos gestores, que conflitos eles experienciam, e em que medida moldam o seu papel profissional dentro da organização, e para a comunidade. Da mesma forma, acreditamos que serão eles os indivíduos com maior capacidade de sugerir, e emergir com, novos e diferentes mecanismos de resolução de desafios éticos. Sendo a literatura parca neste assunto, a realização do inquérito sugerido, possibilita indagar os executivos sobre a importância de um Código de Ética particular à sua classe profissional, e quais as suas opiniões acerca dos seu conteúdo e finalidade. No fundo, se a documentação não fornece respostas às nossas questões de investigação, parece-nos crucial tentar encontrá-las pelo testemunho dos actores centrais desta matéria: os gestores de unidades de saúde.

A realização de estudos científicos nunca estará isenta de limitações, e, provavelmente, nenhuma pesquisa científica poderá preencher todas as lacunas identificadas em determinado assunto – pois uma sociedade em permanente mutação, obriga, igualmente, a uma constante mudança de paradigma. Com alguma frequência, essa mesma pesquisa abre portas a outro campos, ainda desconhecidos e inexplorados. A presente investigação não foi, claramente, dispensada destas características, e mostra-nos que ainda há um longo caminho a percorrer nesta esfera – a ética e deontologia para gestores de unidades de saúde. Não obstante das limitações experienciadas, dos resultados encontrados, e das necessidades identificadas para futuros estudos, e mais aprofundados, consideramos fundamental a discussão aberta sobre a implementação de um código de ética próprio a estes profissionais.

A Ética nasceu das inquietações existencialistas do ser humano, sobre o que está certo ou errado, justo ou injusto, como deve proceder e agir em determinada situação, beneficiando-se a si, indivíduo, e ao todo, a sociedade. Desde cedo o Homem manifestou interesse numa

existência virtuosa, como nos mostrou Aristóteles, e necessidade de um farol às suas acções, como nos trouxe Kant – esta corrente filosófica emerge, então, para tentar fundamentar e orientar a sua vida, individual e social. Contudo, a História mostra-nos que a simples reflexão sobre valores e princípios éticos e morais, não é suficiente para obrigar de facto o indivíduo a agir correctamente. As experimentações desenfreadas em seres humanos, e os processos de selecção de pacientes para acesso a novas, e inovadoras, tecnologias na Saúde, despertaram a comunidade científica para a necessidade de uma corrente ética aplicada, que fosse capaz de preservar os interesses e a dignidade do indivíduo, sem descurar a promoção do progresso científico e tecnológico da Medicina. O berço da Bioética seria, então, esta ligação entre as Ciências da Vida, a ética, e os valores que guiam a acção humana. Como nos foi possível observar, as classes profissionais com maior expressão nesta esfera (aquelas ligadas à Saúde, como os enfermeiros, médicos, farmacêuticos, etc.), desde cedo manifestaram necessidade de criar e implementar um código de ética específico ao grupo, que fosse bússola à sua prática, e normativo ao seu desempenho profissional. Importa sublinhar também que, pela particularidade de cada profissão e do seu campo de acção, cada uma delas desenvolveu o seu próprio código, conforme as próprias necessidades e conjunto de valores defendidos. Ou seja, não existe um código de ética único, universal, e transversal a todas as áreas profissionais ligadas à prestação de cuidados de saúde. Desta forma, parece-nos primordial que os gestores de unidades de saúde sigam o exemplo de outros *stakeholders* da organização, e abram espaço para esta reflexão que defendemos: a implementação do seu próprio código de ética. Considerando os desafios e contingências das novas políticas de gestão, e todos os constrangimentos económicos, financeiros, e sociais da actualidade, a existência deste código surge como uma ferramenta de excelência na orientação do desempenho profissional dos gestores. O código de ética é um pilar forte na sustentação dos valores e princípios regentes da profissão, auxiliando-os na resolução fundamentada e sistematizada de conflitos éticos inerentes à sua prática, sem descurar o compromisso duplo com a sua organização, e a população que serve. À semelhança de outros grupos profissionais, este código assume-se como elemento catalisador a uma maior visibilidade e prestígio da profissão, ganhando consequentemente, a confiança social e profissional que qualquer grupo deseja. Apesar deste estudo ser ainda embrionário nesta temática, apesar dos resultados não conseguirem expressar factualmente o nosso desiderato, enfatizamos a nossa posição favorável ao desenvolvimento e implementação de um código de ética para gestores de unidades de saúde, pela peculiaridade do seu campo de acção profissional, que casa a gestão empresarial com a prestação de cuidados de saúde de qualidade, universais e equitativos.

6. Referências

- American College of Health Care Administrators *Code of Ethics*. https://achca.memberclicks.net/assets/docs/code%20of%20ethics_achca%20non-member_140430.pdf
- Aristóteles (2009). *Ética a Nicômaco*, Editora Atlas S.A.
- Atkinson, H. G. (2019). Preparing physicians to contend with the problem of dual loyalty, *Journal of Human Rights*, Vol. 18, N°3, pp. 339–355. <https://doi.org/10.1080/14754835.2019.1617121>
- Baron, I. Z. (2009). The Problem of Dual Loyalty. *Canadian Journal of Political Science*, Vol. 42, Issue 4, pp. 1025–1044. <https://doi.org/10.1017/S0008423909990011>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* 8th Edition, Oxford University Press.
- Begun, J. W., Butler, P. W. & Stefl, M. E. (2018). Competencies to What End? Affirming the Purpose of Healthcare Management, *The Journal of Health Administration Education*, Vol. 35, Issue 2, pp. 133-155. <https://www.ingentaconnect.com/contentone/aupha/jhae/2018/00000035/00000002/art00004?crawler=true>
- Birzhandi, P. & Cho, Y. S. (2023). Application of fairness to healthcare, organizational justice, and finance: A survey, *Expert Systems with Applications*, Vol. 216. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2022.119465>
- Bilhim, J. (2014). As Práticas dos Gestores Públicos em Portugal e os Códigos de Ética, *Seqüência Estudos Jurídicos e Políticos*, N° 69, pp. 61-82. <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2014v35n69p61>
- Boxebeld, S., Geijsen, T., Tuit, C., Exel, J., Makady, A., Maes, L., Agthoven, M. & Mouter, N. (2024). Public preferences for the allocation of societal resources over different healthcare purposes, *Social Science & Medicine*, Vol. 341. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116536>
- Campos, A. C. (2003). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado, *Políticas de saúde*, Vol. 21, N°1, pp. 23-33. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/100507/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202003%20-%20v21n1a03%20-%20p23-33.pdf>
- Campos, M., Greik, M. & Vale, T. (2002). História da Ética, *CienteFico*, Ano II, CienteFico. Ano II, Vol. I. https://www.academia.edu/3227874/Hist%C3%B3ria_da_%C3%A9tica
- Canadian College of Health Leaders *Code of Ethics*. https://cchl-ccls.ca/app/uploads/2022/11/CCHL_Code-of-Ethics_ENG.pdf

- Carvalho, M. T. G. (2006). A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal (Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais), Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4621/1/206895.pdf>
- Cascais, F. (sem data). Bioethics: From The Early Days to The Present. Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. https://www.academia.edu/842168/Bioethics_From_The_Early_Days_To_The_Present
- Cascais, F. (1997). Bioethics: History, Scope, Object, *Global Bioethics*, Vol. 10, Nº 1-4, pp. 9-24. <https://doi.org/10.1080/11287462.1997.10800712>
- Chakraborty, S., Raut, R. D., Rofin, T.M., & Chakraborty, S. (2023). A comprehensive and systematic review of multi-criteria decision-making methods and applications in healthcare, *Healthcare Analytics*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.health.2023.100232>
- Cinaroglu, S. (2016). Complexity in healthcare management: Why does Drucker describe healthcare organizations as a doubleheaded monster?, *International Journal of Healthcare Management*, Vol. 9, Nº 1, pp. 11-17. <https://doi.org/10.1179/2047971915Y.0000000016>
- Código de Conduta dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2022). <https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/05/Codigo-de-Conduta-20.04.2022.pdf>
- Correia, T. (2009). A reconceptualização dos modos de produção de Saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, Junho 2009: 83-103.
- Correia, P., Ferreira, I. & Bilhim, J. (2019). O papel dos códigos de ética na administração do setor da saúde em Portugal: a visão dos dirigentes, *Sociologia, Problemas e Práticas*, Nº 89, pp. 79-95. <https://journals.openedition.org/spp/5572#quotation>
- Cruz, J. S. (2020). Ética das virtudes: em busca da excelência, *Revista de Medicina*, Vol. 99, Nº 6, pp. 591-600. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i6p591-600>
- Cruz, S. G. & Ferreira, M. M. F. (2012). Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de Saúde com diferentes modelos de gestão, *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - Nº 6 - Mar. 2012, pp.103-112.
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, do Ministério da Saúde: Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto (1998). Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, pp. 1739 – 1757. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, do Ministério da Saúde: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996). Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04, pp. 2959 – 2962. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

- Despacho N.º 9456-C/2014 de 21 de Julho, do Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro: Princípios orientadores referentes ao Código de Conduta Ética dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde (2014). Diário da República N.º 138/2014, 2º Suplemento, Série II de 2014-07-21, pp. 11-13. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9456-c-2014-55024711>
- Diniz, D. & Corrêa, M. (2001). Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade, *Cadernos de Saúde Pública*, N.º 17, Vol. 3, pp. 679-688.
- Dolan, T. C. (2005). The need for ethical scenario playing – Executives and medical staff leaders should plan for the ethical challenges ahead, *Healthcare Executive*, Vol. 20, N.º 4, p. 6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16033005/>
- Donato, H. & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática, *Acta Medica Portuguesa*, Vol. 32, N.º 3, pp. 227-235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Donnellan, J. Jr. (2013). A moral compass for management decision making: a healthcare CEO's renunciations, *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 30, Issue 1, pp. 14-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24147377/>
- Drucker, P. F. (1993). *Managing in Turbulent Times* 1st Paperback Edition, Butterworth-Heinemann Ltd.
- Dukhanin, V., Searle, A., Zwerling, A., Dowdy, D. W., Taylor, H. A. & Merritt, M. W. (2018). Integrating social justice concerns into economic evaluation for healthcare and public health: A systematic review, *Social Science & Medicine*, Vol. 198, pp. 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.012>
- European Health Management Association. <https://ehma.org/about/>
- Faria, P. L., Lupi, M. J., & Costa, J. P. (2010). Código de Ética para gestores de unidades de Saúde: princípios e conflitos de um imperativo do século XXI, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 28, N.º 1, pp. 93-116. <https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/224894/1-10+FARIA+P-93.pdf>
- Figueiredo, A. M. (2008). Ética: origens e distinção da moral, *Saúde, Ética & Justiça*, Vol. 13 N.º 1, pp. 1-9. <https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/44359/47980>
- Fletcher, J. (1954). *Morals and Medicine*, Princeton University Press.
- Gordon, J. S., Rauprish, O. & Vollmann, J. (2011). Applying the Four-Principle Approach, *Bioethics*, Vol. 25, N.º 6, pp. 293-300. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01757.x>
- Goodstein, J. & Potter, R. L. (1999). Beyond financial incentives: organizational ethics and organizational integrity, *HEC Forum*, 11, pp. 293-305. <https://doi.org/10.1023/A:1008939531161>

- Gramma, R., Hanganu, B., Arnaut, O. & Ioan, B.G. (2023). Potential Conflicts of Interest Arising from Dualism of Loyalty Imposed on Employees of Medical Institutions-Findings and Tools for Ethics Management. *Medicina*, Vol. 59, Issue 9. <https://doi.org/10.3390/medicina59091598>
- Hadler, R. A. & Rosa, W. E. (2018). Distributive Justice: An Ethical Priority in Global Palliative Care, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 55, Issue 4, pp. 1237-1240. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.483>
- Harkness, J., Lederer, S. E. & Wikler, D. (2001). Laying ethical foundations for clinical research, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 79, N° 4, pp. 365-372. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566407/pdf/11357217.pdf>
- Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston M., Li, T., Page, M. & Welch, V. (2023). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). Cochrane. www.training.cochrane.org/handbook
- Higgins, W. (2000). Ethical guidance in the era of managed care: an analysis of the American College of Healthcare Executives' Code of Ethics, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 45, Issue 1, pp. 32-42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11066951/>
- Hsiao, W. C. & Yip, W. (2021). Financing and provision of healthcare for two billion people in low-income nations: Is the cooperative healthcare model a solution?, *Social Science & Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115730>
- Hussain, A., Umair, M., Khan, S., Alonazi, W. B., Almutairi, S. S. & Malik, A. (2024). Exploring sustainable healthcare: Innovations in health economics, social policy, and management, *Heliyon*, Vol. 10, Issue 13. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e33186>
- Ilori, O., Kolawole, T. O. & Olaboye, J. A. (2024). Ethical dilemmas in healthcare management: A comprehensive review, *International Medical Science Research Journal*, Vol. 4, Issue 6, pp. 703-725. <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i6.1251>
- Ilse, R. (2021). Healthcare leadership ethics: Time for some formal training, *Healthcare Management Forum*, Vol. 34, Issue 4, pp. 240-243. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33942672/>
- Jaime, V. & Márquez, O. (2010). Aspectos bioéticos en la toma de decisiones para la calidad de la atención en salud, *Acta Bioethica*, Vol. 16, N°2, pp. 142-147. <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v16n2/a06.pdf>
- Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, da Assembleia da República: Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (2002). Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08, pp. 7150 – 7154. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2002-425487>

- Lei n.º 90/2021, de 16 de Dezembro, da Assembleia da República: Altera o regime jurídico aplicável à gestação de substituição, alterando a Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula a procriação medicamente assistida (2021). Diário da República n.º 242/2021, Série I de 2021-12-16, pp. 13 – 16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/90-2021-175983728>
- Lei n.º 22/2023, de 25 de Maio, da Assembleia da República: Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal (2023). Diário da República n.º 101/2023, Série I de 2023-05-25, pp. 10 – 20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>
- Lignou, S. & Wolfe, I. (2023). Healthcare prioritisation and inequitable inequalities: why a child health perspective should be incorporated into the current NHS guidance. *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 109, pp. 69-70. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325634>
- Little, M., Lipworth, W. & Kerridge, I. (2018). An Archeology of Corruption in Medicine. *Bioethical Inquiry*, Vol. 19, pp. 109–116. <https://doi.org/10.1007/s11673-022-10178-8>
- Lopes, J. A. (2014). Bioética – uma breve história: de Nuremberg (1947) a Belmont (1979), *Revista Médica de Minas Gerais*, N.º 24, Vol. 2, pp. 262-273. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1608>
- Maquiavel, N. (1994). O Príncipe, Publicações Europa-América.
- Martins, I. P. P. M. (2013). A operacionalização dos princípios da Bioética no principialismo de Beauchamp e Childress (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Filosofia), Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/10612/1/A33634%20IsabelMatosMartins%20Disserta%C3%A7%C3%A3oMestrado%20Vf.pdf>
- Martins, N., Correia, P. & Pereira, S. (2021). ‘A evolução histórica da Ética’ de Michel Renaud: uma recensão crítica, *Synesis*, Vol. 13, N.º 1, pp. 205-214. <https://seer.ucp.br/seer/index.php/synesis/article/view/2077/916>
- Martins, P. N. (2018). A concise study on the history of Bioethics: some reflections, *Middle East Journal of Business*, Vol. 13, Issue 2, pp. 35-37. DOI: 10.5742/MEJB.2018.93183
- Major, M. J. & Magalhães, A. (2014). Reestruturação do serviço nacional de Saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses, *Revista de Administração*, São Paulo, Volume 49, N.º 3, pp. 476-490, Jul./Ago./Set. 2014. <https://doi.org/10.5700/rausp1162>
- Massano, J., Almeida, F.N. (2020). Ethics Committees in Portugal: Old and New Challenges, *Acta Médica Portuguesa*, Vol. 33, N.º 5, pp 295-6. <https://doi.org/10.20344/amp.13709>

- McCandless, S. & Ronquillo J. C. (2019). Social Equity in Professional Codes of Ethics, *Public Integrity*. <https://doi.org/10.1080/10999922.2019.1619442>
- Montgomery, K. (2021). Response—Corruption, Trust, and Professional Regulation, *Journal of Bioethical Inquiry*, Vol. 19, pp. 129–134. <https://doi.org/10.1007/s11673-021-10149-5>
- Moro, A. & Invernizzi, N. (2017). A tragédia da talidomida: a luta pelos direitos das vítimas e por melhor regulação de medicamentos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 24, Nº3, pp. 603–622. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702017000300004>
- Motta, O. J. R. & Paulo, A. S. (2020). Bioética e o Princípio de Beauchamp e Childress: Noções, Reflexões e Críticas / Bioethics and the Principlism of Beauchamp and Childress: Notions, Reflections and Criticisms, *Brazilian Journal of Health Review*, Vol. 3, Nº 2, p. 2436–2448. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/8145>
- Nelson, W. A. (2005). An organizational ethics decision-making process, *Healthcare Executive*, Vol. 20, Issue 4, pp. 8-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16033006/>
- Nelson, W., Rosenberg, M.C., Weiss, J. & Goodrich, M. (2009). New Hampshire critical access hospitals: CEOs' report on ethical challenges, *Journal of Healthcare Management*, Vol.54, Issue 4, pp. 273-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19681359/>
- Nelson, W. A. & Taylor, L. A. (2018). Obligations to the Community – ACHE's Code of Ethics serves as a foundation. *Healthcare Executive*, SEPT/OCT 2018. <https://healthcareexecutive.org/archives/september-october-2018/obligations-to-the-community>
- Neves, M. C. P. (2007). Comissões de Ética: Das Bases Teóricas à Actividade Quotidiana 2ª edição revista e aumentada, Gráfica de Coimbra.
- Nunes, A. M. & Harfouche, A. P. J. (2015). A reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa, *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*, Volume 4, Nº 2, Julho/Dezembro 2015. <https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.145>
- Nunes, P. (2006). A Nova Gestão Pública e a Reforma Administrativa: Dealbar e Evolução de um Novo Ramo do Direito, *Journal of Business and Legal Sciences / Revista De Ciências Empresariais E Jurídicas*, Nº8, pp. 7–36. <https://doi.org/10.26537/rebules.voi8.840>
- Olsthoorn, P. (2019). Dual loyalty in military medical ethics: a moral dilemma or a test of integrity?, *Journal of the Royal Army Medical Corps*, Vol. 165, Issue 4, pp. 282-283. <https://jramc.bmj.com/content/165/4/282>
- Paraizo, C. B. & Bégin, L. (2020). Ética organizacional em ambientes de saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 25, Nº1, pp.251-259. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28342019>

- Pereno, A. & Eriksson, D. (2020). A multi-stakeholder perspective on sustainable healthcare: From 2030 onwards, *Futures*, Vol 122. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102605>
- Perry, J. E., Cox, D. & Cox, A. D. (2014). Trust and Transparency: Patient Perceptions of Physicians' Financial Relationships with Pharmaceutical Companies. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol. 42, pp. 475-491. <https://doi.org/10.1111/jlme.12169>
- Pita, M. P. N. (2022). Nova Gestão Pública da Saúde/New Public Management in Healthcare (Monografia de Mestrado Integrado em Medicina), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pont, J., Stöver, H. & Wolff, H. (2012). Dual Loyalty in Prison Health Care, *American Journal of Public Health*, Vol. 102, N° 3 pp. 475 - 480. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300374>
- Pruski, M. (2023). Ethics framework for predictive clinical AI model updating, *Ethics and Information Technology*, Vol. 25. <https://doi.org/10.1007/s10676-023-09721-x>
- Quivy, R. & Capenhoudt, L. V. (1995). Manual de Investigação em Ciências Sociais – 2ª Edição, Gradiva Editora.
- Rubeis, G. (2022). iHealth: The ethics of artificial intelligence and big data in mental healthcare, *Internet Interventions*, Vol. 28. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100518>.
- Rubens, A. J. & Wimberley, E. T. (2004). Contrasting the American College of Healthcare Executives' Code of Ethics with undergraduate health administration students' values and ethical decision choices, *Hospital Topics*, Vol. 82, N° 3, pp. 10-17. <https://doi.org/10.3200/HTPS.82.3.10-17>
- Santos, C. I. M. B. (2020). A Nova Gestão Pública e os Cuidados de Saúde: O Empenhamento dos Enfermeiros (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Santos, J. M. (2012). Introdução à Ética. Documenta.
- Scher, S. & Kozłowska, K. (2018). The Rise of Bioethics: A Historical Overview., *Rethinking Health Care Ethics*, Palgrave Pivot, pp. 31-44. https://doi.org/10.1007/978-981-13-0830-7_3
- Seixas, B. V., Regier., D. A., Bryan, S., & Mitton, C. (2021). Describing practices of priority setting and resource allocation in publicly funded health care systems of high-income countries, *BMC Health Services Research*, 21:90. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06078-z>
- Sequeira, S. F. S. (2017). A Qualidade do Serviço Público Hospitalar – Um estudo de caso no Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão), ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Economia Política.

- Sethuraman, N. (2022). The origin and development of Bioethics: a historical perspective. https://www.researchgate.net/publication/358234512_THE_ORIGIN_AND_DEVELOPMENT_OF_BIOETHICS_A_HISTORICAL_PERSPECTIVE
- Silva, M. L. (2014). Teoria da Justiça, Ética e Moral Deontológica: os fundamentos do contratualismo de Kant, *PoliÉtica, Revista de Ética e Filosofia Política*, Vol. 2, Nº 1, pp. 156-183. <https://revistas.pucsp.br/index.php/PoliEtica/article/view/11443/15238>
- Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S. & Antunes, A. V. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência, *Revista Investigação em Enfermagem*, Nº 23, 2ª Série Maio 2018, pp. 31-39. https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE23_s2.pdf
- Srinivas, G., Maanasa, R., Meenakshi, M., Adaikalam, J.M., Seshayyan, S. & Muthuvel, T (2021) Ethical rationing of healthcare resources during COVID-19 outbreak: Review, *Ethics, Medicine and Public Health*, Vol. 16. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100633>
- Svara, J. H. (2011). Reconsidering and Expanding the Ethical Codes for Public Administrators: Are There Universal Principles?, *2011 International Symposium “Ethical Leadership: Issues, Challenges and Opportunities”*, October 22-24, Chengdu, P.R. China.
- Takala T. (2001). What is wrong with global bioethics? On the limitations of the four principles approach, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Vol. 10, Issue 1, pp. 72-77. <https://doi.org/10.1017/S0963180101001098>
- Tushar, S. R., Moktadir, A., Kusi-Sarpong, S. & Ren, J. (2023). Driving sustainable healthcare service management in the hospital sector, *Journal of Cleaner Production*, Volume 420. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2023.138310>
- Valls, A. L. M. (1994). O que é a ética?. Editora Brasiliense.
- Vicente, H. E. M. (2022). Os Códigos de Ética e de Conduta como Instrumentos de Gestão nas Instituições Públicas no Sector da Saúde Os Casos dos Centros Hospitalares de Lisboa Norte, Lisboa Central e Lisboa Ocidental (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Administração Pública, especialização em Administração da Saúde), Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10400.5/25581>
- Vidal-Alaball, J., Zafra, R. P., Escalé-Besa, A. & Martínez-Millana, A. (2024). The artificial intelligence revolution in primary care: Challenges, dilemmas and opportunities, *Atención Primaria*, Vol. 56, Issue 2. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102820>
- Yip, Y., Yip, K. & Tsui, W. (2022). When rationing becomes inevitable in a pandemic: A discussion on the ethical considerations from a public health perspective, *Public Health in Practice*, Vol. 4. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2022.100294>

- Zhang, J. & Zhang, Z.M. (2023). Ethics and governance of trustworthy medical artificial intelligence. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, Vol. 23. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02103-9>
- Zanella, D. C. (2018). Humanidades e ciência: uma leitura a partir da Bioética de Van Rensselaer (V. R.) Potter, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. 22, Nº 65, pp. 473-480. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0914>
- Zanella, D. C., Sganzerla, A. & Pessini, L. (2019). A Bioética Global de V. R. Potter, *Ambiente & Sociedade*, Vol. 22. <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20180208r1vu2019L3RS>
- Žydžiūnaitė, V., Suominen, T., Åstedt-Kurki, P. & Lepaitė, D. (2010). Ethical dilemmas concerning decision-making within health care leadership: a systematic literature review, *Medicina*, Vol. 46, Issue 9, pp. 595-603. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21252593/>