

**ANÁLISE DINÂMICA DE PRÁTICAS ÉTICAS NOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM PROCESSUAL
COM RECURSO A MAPAS COGNITIVOS *FUZZY***

Joana Alexandra Tavares Abrantes Brás

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor Doutor Fernando Alberto Freitas Ferreira

ISCTE Business School

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Outubro 2018

**ANÁLISE DINÂMICA DE PRÁTICAS ÉTICAS NOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM PROCESSUAL
COM RECURSO A MAPAS COGNITIVOS *FUZZY***

Joana Alexandra Tavares Abrantes Brás

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor Doutor Fernando Alberto Freitas Ferreira

ISCTE Business School

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Outubro 2018

AGRADECIMENTOS

“O caminho faz-se caminhando”

(António Machado, poeta espanhol, 1875-1939)

A elaboração desta dissertação foi pautada por um caminho feito a dois, cheio de momentos de pura felicidade, mas também de muitas angústias. O seu término marca um ponto de viragem pessoal e profissional.

Começo por agradecer aos meus pais e irmã, pelos princípios inculcados de determinação, força e perseverança, ao longo destes anos. Os conselhos e incentivos à mudança fizeram-me dar o salto e partir para novas conquistas. Da mesma forma, agradeço ao meu marido, pelos abraços calorosos e reconfortantes que me deram ânimo e nunca me deixaram desistir. E ao meu filho Frederico, com quem percorri esta etapa, durante as atribuladas 34 semanas de gestação. O vosso apoio foi o meu porto seguro!

O meu agradecimento é também dirigido aos meus amigos e colegas do GENG, em particular à Susana Lopes e ao Michal Maganlal, com quem percorri este caminho, assim como à Inês Ponte Grancha, pela energia positiva e testemunho de amizade, que tantas vezes e tão bem me fizeram.

Ao meu orientador, Professor Doutor Fernando Alberto Freitas Ferreira, um profundo e especial agradecimento, pela total disponibilidade, paciência, empenho e exigência, que me fez querer ser cada vez melhor. Guardo no meu coração, com especial carinho, todas as palavras de apoio e incentivo, que me ajudaram a contornar os precipícios encontrados neste caminho, marcado pelo sobressalto constante da gravidez, nascimento prematuro e angústias dos primeiros meses de vida do meu primeiro filho. Mais que um Orientador, um Mentor!

Gostaria também de agradecer à Professora Blanca Pérez-Gladish e ao Professor Guillermo Pérez-Bustamante, ambos da Universidade de Oviedo, Espanha, pelo contributo e conselhos vindos de além-fronteiras.

O meu mais sincero agradecimento é também dirigido aos membros do painel de decisores: Fernando Lima, Inês Ponte Grancha, Maria Inês Marques, Raquel Correia, Rodolfo Brás, Rogério Gonçalves e Teresa Carvalho. A sua partilha de conhecimentos e de experiências, apoio, disponibilidade e empenho foram contributos-chave para o desenvolvimento e conclusão desta dissertação. Através da vossa partilha, consegui alcançar um trabalho do qual me orgulho.

Por fim, expresso a minha gratidão à Dra. Rita Perez da Silva, Presidente do Conselho de Administração do Hospital São Francisco Xavier, pelo tempo disponibilizado durante a sessão de validação do modelo.

E assim se fez o caminho!

A todos,
Muito Obrigada!

ANÁLISE DINÂMICA DE PRÁTICAS ÉTICAS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM PROCESSUAL COM RECURSO A MAPAS COGNITIVOS *FUZZY*

RESUMO

A atividade dos profissionais de saúde exige a adoção de princípios éticos estritos, que, por definição, dependem de múltiplas variáveis. Identificamos a relação médico-utente, o relacionamento interpares (*i.e.* médicos, enfermeiros e demais técnicos), e a ligação com a sociedade em geral. Neste contexto, a presente dissertação incide, em primeiro lugar, sobre a relevância da ética no sector da saúde, partindo depois para a discussão da importância das estruturas criadas para avaliar as práticas éticas no sector público. Posteriormente, o foco do trabalho centra-se no desenvolvimento de um modelo conceptual representativo das variáveis que influenciam a ética nos serviços públicos de saúde com recurso à utilização de mapas cognitivos *fuzzy*, que permitem determinar quais as variáveis mais relevantes no domínio em estudo. Os mapas cognitivos *fuzzy* são uma ferramenta aplicável a diversas áreas do conhecimento, que permite estruturar problemas de decisão complexos e identificar relações de causalidade entre as variáveis, de forma a apoiar o processo de tomada de decisão. Os resultados obtidos com base no *know-how* e experiência de especialistas no sector da saúde mostram que o *Perfil do Profissional*, a *Administração*, as *Relações de Equipas*, os *Fatores Externos*, o *Princípio da Equidade* e o *Respeito* são os determinantes que apresentam maior grau de centralidade. Ou seja, são os critérios com maior representatividade na análise das práticas éticas nos serviços públicos de saúde. As vantagens e limitações do modelo desenvolvido são também objeto de discussão.

Palavras-Chave: Apoio ao Processo de Tomada de Decisão; Mapas Cognitivos *Fuzzy*; Práticas Éticas; Serviços Públicos de Saúde.

ANALYZING ETHICAL PRACTICES IN THE PUBLIC HEALTH CARE SECTOR USING FUZZY COGNITIVE MAPPING

ABSTRACT

The activity of health care professionals requires the adoption of strict ethical principles, which, by definition, depend on multiple variables. We identify the doctor-patient relationship, the *inter-pare* acquaintance (*i.e.* doctors, nurses and other technicians), and the connection with the society at large. In this context, the research focuses firstly on the relevance of ethics in the health care sector, and then discusses the importance of the structures created to evaluate ethical practices in the public sector. Next, the study focuses on the development of a conceptual model representative of the variables that influence ethics in the public health care services, using fuzzy cognitive mapping, which allows the most relevant variables in this study context to be identified. Fuzzy cognitive mapping is a tool with great potential in the structuring of complex decision problems, allowing for the identification of cause-and-effect relationships between variables and supporting decision-making. The results obtained are based on the know-how and practical experience of experts in the public health care sector, and show that *Professional Profile*, *Administration*, *Team Relationships*, *External Factors*, *Principles of Equity* and *Respect* are the determinants that present the highest degrees of centrality (*i.e.* are the most representative criteria in the analysis of ethical practices in the public health care services). The advantages and limitations of the cognitive structure developed in this study are also discussed.

Keywords: Decision Support Systems; Fuzzy Cognitive Mapping; Ethical Practices; Health Care Sector; Public Health Care System.

SUMÁRIO EXECUTIVO

A presente dissertação de mestrado centra-se na análise das práticas éticas nos serviços públicos de saúde (SPS). As organizações de saúde enfrentam, frequentemente, dilemas éticos. A ética, enquanto padrão basilar de conduta de ação que deve reger o comportamento humano e organizacional, assume um papel fundamental na garantia da qualidade da prática clínica e da qualidade das organizações de cuidados de saúde, através da adoção de princípios e valores essenciais, tais como: (1) boa comunicação; (2) confiança; (3) responsabilidade; (4) respeito; (5) equidade; (6) privacidade; (7) autonomia; e (8) confidencialidade. Neste contexto, há questões extraordinariamente controversas, como as que decorrem dos limites da investigação em saúde e da aplicação da biotecnologia, ou ainda da intervenção médica sobre os utentes. Questões que se apresentam como dilemas da bioética e que devem moldar a prática ética médica. Assim, podemos questionar quais são os princípios éticos adotados no sector da saúde e, em particular, nos SPS, procurando identificar quais os critérios ou variáveis com maior influência neste sector. Os estudos e modelos existentes de análise das práticas éticas na saúde são escassos e apresentam algumas limitações, tais como: (1) focam-se nos dilemas éticos da prática clínica; (2) limitam-se à aplicação a áreas de especialidade médica, *i.e.*, não se aplicam a diferentes contextos; e (3) identificam um número reduzido de variáveis, focadas no utente e no processo de doença, omitindo informação. Posto isto, emerge a oportunidade de analisar esta temática com recurso a *fuzzy cognitive maps* (FCMs). Esta abordagem metodológica permite ultrapassar algumas das lacunas identificadas. Assentes numa ótica construtivista, os FCMs aumentam a perceção das problemáticas em estudo e trazem as seguintes vantagens: (1) são versáteis, simples e de fácil compreensão, com aplicação em diversas áreas de conhecimento; (2) fomentam a comunicação e discussão grupal; (3) incluem informação objetiva e subjetiva no processo de decisão, *i.e.*, assentam no conhecimento dos decisores e obedecem aos critérios e crenças subjetivas dos mesmos em relação à problemática em análise; e (4) proporcionam uma visão holística do problema. Neste sentido, esta ferramenta tem a capacidade de interrelacionar os determinantes identificados, através de relações de causa-efeito, promovendo uma representação dinâmica da realidade e a compreensão das variáveis em análise. O carácter dinâmico do mapeamento cognitivo *fuzzy* permite ainda testar o impacto de cenários no sistema representado, fornecendo, por isso, uma base para a avaliação de alternativas de decisão e apoiando, desse modo, o

processo de tomada de decisão. Contudo, os FCMs também apresentam limitações, tais como: (1) dependência de *know-how* especializado; (2) possibilidade de manuseamento da quantidade de informação; e (3) capacidade exigida na estruturação de problemas complexos. Para a aplicação prática desta metodologia, no âmbito da análise das práticas éticas nos SPS, foi necessário reunir um painel heterogêneo de decisores, composto por sete elementos com conhecimento e experiência na área. Foram realizadas duas sessões presenciais. Na primeira sessão, após exposição do tema e explicação do procedimento base do método a aplicar, foi introduzida a seguinte *trigger question*: “Com base nos seus valores e experiência profissional, quais são [ou devem ser] os determinantes de conduta ética nos serviços públicos de saúde?”, dando-se início ao processo de reflexão e discussão do problema em análise. Seguiu-se a identificação dos critérios/determinantes através da “técnica dos *post-its*”. Posteriormente, os critérios foram agrupados e hierarquizados em cinco *clusters* ou áreas de interesse, relacionados com a prática de ética nos SPS, nomeadamente: (1) *Perfil do Profissional*; (2) *Administração*; (3) *Relações de Equipas*; (4) *Fatores Externos*; e (5) *Equipamento e Processos*. Com a informação obtida, foi construída a estrutura cognitiva de base para o FCM. Na segunda sessão de trabalho em grupo, o painel de decisores validou o mapa cognitivo, procedendo-se de seguida à quantificação das relações de causalidade entre as variáveis identificadas, num intervalo de intensidade de -1 a 1. Após uma análise estática – *i.e.*, análise da centralidade dos critérios – e análises dinâmicas – *i.e.* análises *inter* e *intra-cluster* – concluiu-se que os elementos que têm maior influência nas práticas éticas dos SPS são: *Perfil do Profissional*; *Administração*; *Relações de Equipas*; *Fatores Externos*; *Princípio da Equidade*; e *Respeito*. A estrutura cognitiva desenvolvida e os resultados obtidos foram ainda objeto de análise, numa sessão de consolidação, pela Presidente do Conselho de Administração do Hospital São Francisco Xavier em Lisboa. A proposta metodológica desenvolvida foi vista como inovadora e de grande utilidade prática no âmbito da melhoria das práticas éticas nos SPS.

ÍNDICE GERAL

Principais Abreviaturas Utilizadas	XIII
--	------

Capítulo 1 – Introdução	1
-------------------------------	---

1.1. Enquadramento Inicial	1
1.2. Objetivos de Investigação	2
1.3. Orientação Epistemológica e Metodologia	2
1.4. Estrutura	3
1.5. Resultados Esperados	4

Capítulo 2 – Revisão da Literatura	5
--	---

2.1. Enquadramento dos Serviços Públicos de Saúde	5
2.2. Ética nos Serviços Públicos de Saúde: Relevância e Principais Impactos	10
2.3. Métodos de Análise das Práticas Éticas na Sector da Saúde	23
2.4. Limitações Metodológicas Gerais	27
<i>Sinopse do Capítulo 2</i>	28

Capítulo 3 – Enquadramento Metodológico	29
---	----

3.1. <i>Problem Structuring Methods</i> (PSM) e Mapeamento Cognitivo	29
3.2. Mapas Cognitivos <i>Fuzzy</i>	37
3.3. Vantagens e Limitações do Mapeamento Cognitivo <i>Fuzzy</i>	43
<i>Sinopse do Capítulo 3</i>	45

Capítulo 4 – Aplicação e Resultados	46
---	----

4.1. Definição da Problemática de Decisão	46
4.2. Elaboração do Mapa Cognitivo de Base	47
4.3. Definição e Mensuração das Dinâmicas Causais Difusas	51
4.4. Simulação e Análise Dinâmica das Práticas Éticas no Sector da Saúde ...	54
4.5. Validação do Modelo, Limitações e Recomendações	61
<i>Sinopse do Capítulo 4</i>	65

Capítulo 5 – Conclusões, Recomendações e Investigação Futura	66
5.1. Principais Resultados e Limitações da Investigação	66
5.2. Síntese dos Principais Contributos do Estudo	68
5.3. Investigação Futura	69
Bibliografia	70
Apêndice	79

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1: Organização do Sistema de Saúde Português	8
Figura 2: Ética Profissional como Ética Aplicada	13
Figura 3: Exemplo de Fragmento de Mapa Cognitivo	33
Figura 4: Exemplo de Mapa Causal	35
Figura 5: Exemplo de Mapa Semântico	35
Figura 6: Exemplo de Mapa Conceptual	36
Figura 7: Estrutura de um Mapa Cognitivo <i>Fuzzy</i>	38
Figura 8: Interações entre Critérios	39
Figura 9: Exemplo de Quantificação da Intensidade de Relação entre Critérios	39
Figura 10: Pontos de Estabilização e Convergência	41
Figura 11: Etapas da Abordagem dos Mapas Cognitivos <i>Fuzzy</i>	42
Figura 12: Instantâneos da Primeira Sessão de Grupo	49
Figura 13: Estrutura Cognitiva de Base para o FCM	50
Figura 14: Instantâneos da Segunda Sessão de Grupo	52
Figura 15: Estrutura de Base do Mapa Cognitivo <i>Fuzzy</i> das Práticas Éticas no Sector da Saúde	53
Figura 16: Análise de Graus de Intensidade de <i>Cluster</i>	54
Figura 17: Impacto das Variações de cada <i>Cluster</i> no <i>Princípio da Equidade</i>	56
Figura 18: Impacto das Variações de cada <i>Cluster</i> no <i>Respeito pela Verdade</i>	57
Figura 19: Validação do Modelo de Análise de Práticas Éticas nos SPS	63

TABELAS

Tabela 1: Abordagens conceptuais sobre a Ética	11
Tabela 2: Princípios Éticos das Organizações de Cuidados de Saúde	19
Tabela 3: Abordagens de Análise das Práticas Éticas em Saúde	25
Tabela 4: Abordagens de PSMs	31
Tabela 5: Técnicas de Mapeamento Cognitivo	34

Tabela 6: Grau de Centralidade dos Critérios mais Importantes das Práticas Éticas nos SPS	55
Tabela 7: Impacto da Variação dos Critérios no <i>Cluster Perfil do Profissional</i>	58
Tabela 8: Impacto da Variação dos Critérios no <i>Cluster Administração</i>	59
Tabela 9: Impacto da Variação dos Critérios no <i>Cluster Relações de Equipas</i>	59
Tabela 10: Impacto da Variação dos Critérios no <i>Cluster Fatores Externos</i>	60
Tabela 11: Impacto da Variação dos Critérios no <i>Cluster Equipamentos e Processos</i>	60

PRINCIPAIS ABREVIATURAS UTILIZADAS

AMA	<i>American Medical Association</i>
ANA	<i>American Nurses Association</i>
ARS	Administração Regional de Saúde
CES	Comissão de Ética da Saúde
CM	<i>Cognitive Maps</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPSIR	<i>Drivers, Pressure, States, Impacts, Responses</i>
EPE	Entidades Públicas Empresariais
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FCM	<i>Fuzzy Cognitive Maps</i>
GENG	Gestão Empresarial para Não Gestores
GM	<i>Group Maps</i>
GMC	<i>General Medical Council</i>
MCDA	<i>Multiple Criteria Decision Analysis</i>
OR	<i>Operational Research</i>
PSM	<i>Problem Structuring Methods</i>
SAST	<i>Strategic Assumptions Surfacing and Testing</i>
SCA	<i>Strategic Choice Approach</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SODA	<i>Strategic Options Development and Analysis</i>
SP	<i>Scenario Planning</i>
SPS	Serviços Públicos de Saúde
SSM	<i>Soft Systems Methodology</i>
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
WMA	<i>World Medical Association</i>

1.1. Enquadramento Inicial

A *ética* é um elemento essencial que define caminhos, objetivos e proporciona estabilidade organizacional. De acordo com Emanuel (2000), a ética influencia a cultura da organização, sistema ou instituição. No que diz respeito às práticas éticas no sector da saúde, esta garante não só a qualidade da prática clínica, mas também a qualidade das organizações de cuidados de saúde. Nos últimos anos, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem sido sujeito a mudanças complexas em termos organizacionais, resultantes do contexto económico português, das dificuldades de sustentabilidade e das restrições orçamentais e financeiras. Sendo um sector fundamental para a sociedade e que está sujeito a mudanças constantes e complexas, os prestadores de cuidados de saúde encontram desafios éticos em ambientes clínicos com diferentes valores, interesses, direitos, princípios abstratos e dilemas éticos (Schlairet *et al.*, 2012). Neste sentido, torna-se relevante identificar e analisar os conceitos, fatores e comportamentos que caracterizam este sector.

Face ao exposto, parece evidente a importância de desenvolver uma estrutura conceptual que potencie a compreensão e a análise das práticas éticas nos serviços públicos de saúde (SPS). Todavia, são ainda escassos os estudos e abordagens existentes nesta área de investigação. Em conformidade com Werhane e Rorty (2000), a falta de protagonismo da ética das empresas no pensamento sobre organizações de saúde é justificado pela escassez de literatura e de investigação no campo da ética organizacional nos cuidados de saúde. Posto isto, a escassez de estudos e as limitações metodológicas dos modelos existentes justificam, em grande parte, o interesse da presente dissertação. Na prática, fazendo uso de técnicas de mapeamento cognitivo difuso – *i.e. fuzzy cognitive maps* (FCMs) – será desenvolvido um modelo que visa identificar e relacionar as variáveis representativas da análise das práticas éticas no sector da saúde.

1.2. Objetivos de Investigação

Nos últimos anos, a ética tem emergido como campo de reflexão no sector da saúde. A crescente evolução do conhecimento médico e o conseqüente avanço tecnológico tornam premente a necessidade de criar modelos que apoiem a análise das práticas éticas e a tomada de decisão neste sector. Emanuel (2000) salienta a importância da ética organizacional, afirmando que organizações e as estruturas, tal como os indivíduos, têm atributos éticos e podem ser responsabilizados moralmente. Os princípios éticos na ética organizacional devem representar valores intrínsecos e ajudar a clarificar os aspetos morais relevantes na resolução de problemas (cf. Winkler e Gruen, 2005). Desta forma, parece ser cada vez mais importante estudar o impacto das práticas éticas no sector da saúde. O principal objetivo desta dissertação consiste, assim, em ***criar um modelo de referência que permita identificar e compreender, de forma dinâmica, as relações de causalidade entre as variáveis que condicionam as práticas éticas nos SPS.***

Em termos operacionais, será necessária a constituição de um painel de especialistas com *know-how* e experiência na área em estudo para que, através do uso de técnicas de cartografia difusa – *fuzzy cognitive mapping* (FCM) – se consiga promover a reflexão e a discussão entre os membros do painel, dando as bases para a concretização do objetivo principal. As sessões de trabalho em grupo permitirão a estruturação do problema e a obtenção de informação relevante para a construção do modelo a desenvolver.

1.3. Orientação Epistemológica e Metodologia

Para construir o modelo de análise dinâmica das práticas éticas nos SPS, a metodologia de investigação será iniciada por uma revisão bibliográfica concisa para compreensão dos conceitos fundamentais no domínio da ética na saúde. Numa segunda fase, serão aplicadas técnicas de mapeamento cognitivo difuso, com recurso aos FCMs, após fundamentação teórica. Esta técnica, assente numa ótica construtivista, permite: (1) estruturar a problemática em análise; (2) determinar quais os critérios/determinantes importantes na prática ética nos SPS; (3) apoiar o processo de tomada de decisão; (4) estudar as relações causa-efeito entre as variáveis; e (5) definir sugestões de melhoria para cada variável. A sua aplicabilidade a diversas áreas de conhecimento é justificada pela base matemática inerente e, também, pela simplicidade e interatividade que a caracterizam. Este tipo de mapeamento contribui, ainda, para promover

a reflexão, a comunicação e a discussão grupal, pois utiliza como *inputs* o conhecimento e a experiência profissional dos decisores em relação à problemática em estudo. Segundo Salmeron (2012), os FCMs combinam elementos de redes neuronais com a lógica *fuzzy*, associando-se à abordagem construtivista do apoio à tomada de decisão.

Na presente dissertação, a aplicação das técnicas de mapeamento cognitivo difuso terá como objetivo analisar as práticas éticas nos SPS. Para tal, serão efetuadas duas sessões de trabalho com o painel de decisores, no sentido de extrair a informação que servirá de base para a construção de um FCM. Após construção e validação do modelo pelo painel, serão efetuadas diferentes análises dos determinantes com maior impacto. Este tipo de mapas ocupa uma posição de relevo no âmbito do planeamento estratégico, da gestão e da melhoria dos sistemas e processos internos das organizações.

1.4. Estrutura

Do ponto de vista formal, a presente dissertação está dividida em cinco capítulos. No presente capítulo, é feita a introdução do estudo, onde são apresentados os objetivos a alcançar, a metodologia de investigação utilizada, a estrutura da dissertação e os resultados esperados. No segundo capítulo são tratados os seguintes pontos: (1) contextualização dos SPS; (2) enquadramento geral da ética neste sector; (3) origens de alguns conceitos éticos na sua vertente filosófica e médica; (4) metodologias de análise de práticas éticas no sector da saúde; e (4) contributos e limitações gerais dessas metodologias. No terceiro capítulo é descrito o enquadramento metodológico utilizado nesta dissertação – mapeamento cognitivo *fuzzy*. Numa perspetiva construtivista, são apresentadas as características e os fundamentos desta ferramenta e realçada a sua importância na estruturação de problemas complexos e no auxílio nos processos de tomada de decisão. São também abordadas as suas vantagens e limitações. Esta abordagem é, posteriormente, aplicada no quarto capítulo, com a construção de um modelo de análise dinâmica das práticas éticas nos SPS, sendo descrito o processo de elaboração do FCM desenvolvido e analisados os resultados através de análises *inter* e *intra-cluster*. Por fim, o quinto capítulo resume as principais conclusões do estudo, explanando as limitações encontradas e, a partir destas, apresentando algumas recomendações para futura investigação.

1.5. Resultados Esperados

O principal resultado esperado da presente dissertação é a construção de um modelo global difuso (*i.e.* modelo cognitivo *fuzzy*), focado na análise das práticas éticas nos SPS. O modelo será desenvolvido com recurso ao *know-how* e à experiência de um painel de especialistas sobre a temática, incorporando informações objetivas e subjetivas. É também esperado que a aplicação desta metodologia permita aprofundar conhecimentos sobre práticas e condutas éticas no sector da saúde, assim como estabelecer relações de causalidade entre as variáveis identificadas, no sentido de apoiar o processo de tomada de decisão. Por fim, está prevista a publicação de um artigo científico com a apresentação e divulgação dos principais resultados do estudo numa revista internacional da especialidade.

A *ética* pode ser entendida, *latu sensu*, como um conjunto de princípios e valores que orientam o comportamento humano em sociedade. Assim, assumir um desempenho ético no trabalho significa que se adotam valores e padrões de conduta que permitem alcançar o reconhecimento de um desempenho profissional de excelência, no seio da organização em que se desenvolve esse trabalho. A prática clínica envolve múltiplos profissionais de saúde e a assunção de princípios éticos deverá, pois, ser avaliada em múltiplas dimensões, tais como: relação médico-utente; relacionamentos interpares (*i.e.* médicos, enfermeiros e demais técnicos); e relacionamento com a sociedade. Neste contexto, há questões extraordinariamente controversas, como as que decorrem dos limites da investigação em saúde e da aplicação da biotecnologia, ou ainda da intervenção médica sobre os utentes. Questões que se apresentam como dilemas da bioética e que devem moldar a prática ética médica. O presente capítulo começa por sumariar a evolução organizacional do sistema português de SPS desde o ano de 1975 e apresenta a sua atual estrutura, uma vez que o foco e o objeto de análise desta dissertação estão centrados na análise das práticas éticas nestes serviços. Logo depois, reflete-se sobre a relevância das práticas éticas no sector da saúde e disserta-se sobre a importância dos métodos e principais modelos de análise e avaliação dessas práticas, nomeadamente em SPS. Avaliam-se, finalmente, as limitações desses modelos, de forma a justificar a abordagem processual a desenvolver no âmbito da presente dissertação.

2.1. Enquadramento dos Serviços Públicos de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), tal como o conhecemos hoje, teve um longo percurso na sua evolução. Segundo Barros *et al.* (2011), para uma melhor compreensão da complexidade do sistema de saúde em Portugal, é importante analisar alguns dos principais fatores históricos que influenciaram o seu desenvolvimento.

De acordo com Barros e Simões (2007) e Barros *et al.* (2011), a organização dos serviços de saúde foi sendo concretizada por influência de conceitos religiosos, políticos, económicos e sociais da época, de forma a dar resposta/solução ao aparecimento de novas

doenças. Antes do século XVIII, os cuidados de saúde eram prestados aos pobres apenas pelos hospitais de instituições de caridade religiosas – as misericórdias. Com efeito, em Portugal, o desenvolvimento dos serviços de saúde pública iniciou-se em 1901, com o primeiro ato da legislação de saúde pública, que permitiu a criação de uma rede de médicos responsáveis pela saúde pública. Todavia, só em 1971, foi reconhecido o direito dos cidadãos à saúde, com a nova reforma concretizada pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro. Esse direito estabeleceu a base de algumas medidas a serem tomadas após a revolução de 1974, deixando o Estado português de ter uma intervenção supletiva e passando a ser responsável pela política de saúde, assim como pela sua execução.

Em 1976, foi estabelecido, no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, acolhido posteriormente na Lei de Bases da Saúde, o direito à saúde por parte de todos os cidadãos, através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. A criação do SNS surge mais tarde, em 1979, com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro. Barros *et al.* (2011) sumariza o período de 1979, afirmando que esta legislação introduziu as seguintes características do sistema de saúde: (1) direito de todos os cidadãos à saúde, garantindo cuidados de saúde gratuitos universais através do SNS; (2) acesso ao SNS para todos os cidadãos, independentemente do contexto socioeconómico; (3) cuidados de saúde integrados, através da promoção da saúde, vigilância e prevenção de doenças; e (4) um sistema de cobertura financiado pelos impostos diretos e indiretos cobrados pelo Estado Português.

A evolução organizacional do sistema de saúde português, em conformidade com Barros e Simões (2007), Barros *et al.* (2011) e Simões *et al.* (2017), ocorreu em 1990, com a criação da Lei de Bases da Saúde, concretizada pelo Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Esta política de saúde permitiu a introdução de princípios na organização e funcionamento do sistema de saúde. Em 1993, resultante das alterações provocadas pela Lei de Bases da Saúde, surge o estatuto do SNS, que estabeleceu, efetivamente, a possibilidade da gestão hospitalar e centros de saúde do SNS ser entregue a privados mediante contrato de gestão. Esta nova medida permitiu a criação de cinco administrações regionais de saúde (ARS), nomeadamente: Norte; Centro; Lisboa e Vale do Tejo; Alentejo; e Algarve, que passariam a deter maior responsabilidade financeira na elaboração dos orçamentos. Desta forma, o estatuto do SNS traduziu-se em quatro estratégias: (1) regionalização da administração dos serviços, com a criação das ARS; (2) privatização de sectores da prestação de cuidados, no qual o Estado promoveu o desenvolvimento do sector privado, permitindo a gestão privada de unidades públicas e incentivado, assim, a adoção de um modelo empresarial na gestão de hospitais públicos; (3) privatização de sectores do financiamento de cuidados, com a concessão de

incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde; e (4) articulação de cuidados, com a possibilidade da criação de unidades de saúde, agrupando, numa região, hospitais e centros de saúde.

Face ao exposto, define-se, assim, o SNS como: *“um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério de Saúde”*, tendo como objetivo *“a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na prestação da saúde individual e coletiva”* (Estatuto do SNS, in Anexo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro). Neste sentido, Barros (2013: 13) define o SNS de forma simplificada como *“uma instituição pública, gerida pelo Estado, que medeia a relação entre os doentes e quem os trata”*. Atualmente, segundo Barros *et al.* (2011) e Simões *et al.* (2017), o sistema de saúde em Portugal é caracterizado por três sistemas coexistentes: (1) SNS; (2) regimes de seguro social de saúde especiais para determinadas profissões (*i.e.* subsistemas de saúde); e (3) seguros de saúde privados.

Em 2005, os principais subsistemas que operavam no sector público foram consolidados num subsistema, denominado Assistência a Doença dos Servidores do Estado (ADSE), destinado a funcionários públicos. Antes de 2005, os subsistemas separados incluíam: (1) Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ); (2) Assistência na Doença aos Militares da Armada (ADMA); (3) Assistência na Doença aos Militares do Exército (ADME); (4) Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea (ADFA); (5) Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública (SAD PSP); e (6) Serviços de Assistência à Doença à GNR (SAD GNR) (Barros e Simões, 2007; Barros *et al.*, 2011). Desta forma, o sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal consiste numa rede de prestação de cuidados de saúde públicos e privados, estando cada um deles diretamente ligado ao Ministério de Saúde.

O Ministério da Saúde assume funções de regulamentação, planeamento e gestão do SNS e auditoria e inspeção da prestação de cuidados de saúde privados, estando ou não ligados ao SNS. A criação das ARS permitiu, em termos organizacionais, a descentralização do SNS. Ou seja, as ARS estabelecem o contacto entre o nível local e o Ministério da Saúde (ver *Figura 1*), sendo responsáveis pela implementação e execução regional do plano nacional de saúde, assim como pela avaliação e coordenação das atividades e funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. As regiões de saúde dividem-se em 18 sub-regiões, correspondentes às áreas dos distritos do Continente (Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro). A prestação de cuidados de saúde é assim assegurada, em cada região, pelos hospitais e centros de saúde.

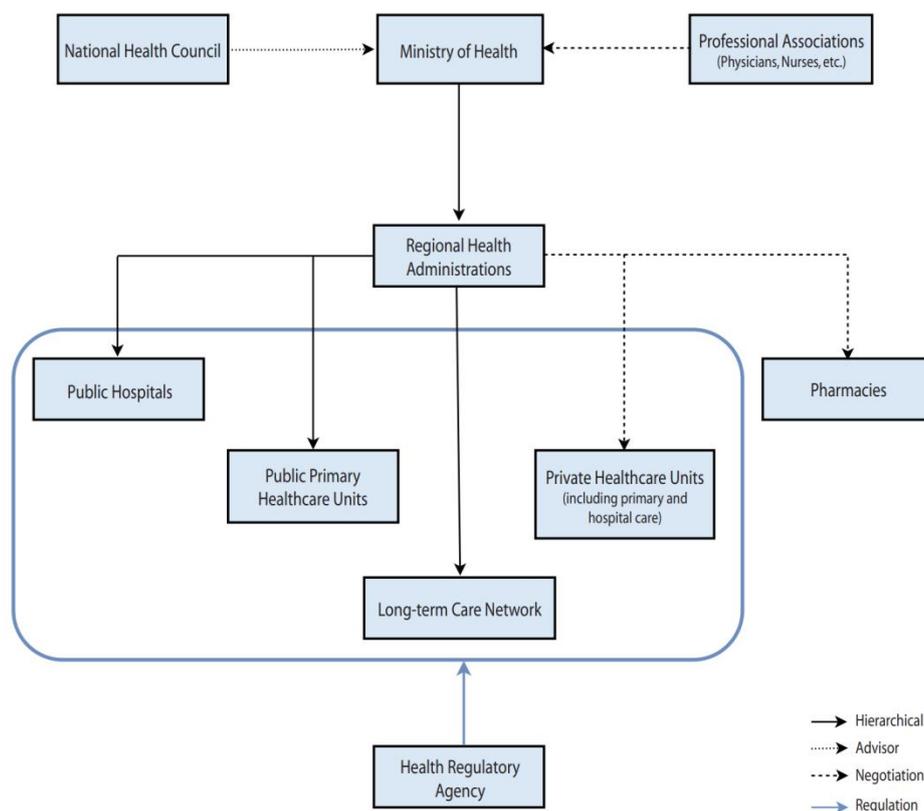


Figura 1: Organização do Sistema de Saúde Português

Fonte: Simões et al. (2017: 16).

Segundo Barros e Simões (2007) e Barros *et al.* (2011), o SNS tornou-se, entre o período de 2002 e 2005, num sistema misto, baseado na interação entre o sector público e o sector privado, integrando cuidados primários, secundários e de longo prazo. Foi também no decorrer desse período que, de acordo com Major e Magalhães (2013), surgiram propostas políticas que pretendiam introduzir a empresarialização dos hospitais públicos portugueses, de forma a melhorar o SNS. Citando Major e Magalhães (2013: 478), a “*empresarialização [é] o processo de autonomização das competências dos órgãos de gestão*”. Na prática, a empresarialização da gestão hospitalar foi publicada com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de Março. Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, introduziram-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde, definindo-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integravam a rede de prestação de cuidados de saúde e deu-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (*i.e.* Entidade Pública Empresarial (EPE)).

Para Arnaut e Semedo (2017), definem-se três momentos chaves que promoveram e facilitaram a dinâmica de privatização do SNS, nomeadamente: (1) a revisão constitucional de 1989, com a transformação de um SNS “tendencialmente gratuito”, passando a ser pago pelos contribuintes por meio de impostos. Neste sentido, a introdução das taxas moderadoras, em 2003, para pagamento dos cuidados de saúde no momento da sua prestação, reforçou a ideia do “tendencialmente pago” ao invés do “tendencialmente gratuito”; (2) a Lei de Bases da Saúde aprovada em 1990, com a introdução do conceito de concorrência entre o SNS e os operadores privados; e (3) a transformação, em 2002, dos hospitais públicos em sociedades anónimas e, em 2005, em EPE.

Segundo Major e Magalhães (2013), a empresarialização dos hospitais públicos portugueses permitiu a transformação de 34 hospitais públicos em 31 hospitais EPE, no período de 2002 a 2005. De acordo com Barros *et al.* (2011), em 2008, o SNS era constituído por 77 hospitais públicos, os quais incluíam hospitais centrais, distritais e especializados. Em 2015, integravam o SNS do Continente, 85 hospitais gerais e 23 hospitais especializados, tendo sido contabilizados, em 2012, 357 centros de saúde em Portugal continental (*cf.* PORDATA, 2017). A otimização dos SPS em Portugal permitiu: (1) melhorar a vigilância do estado de saúde e identificar os seus determinantes; (2) promover a saúde e prevenir doenças ao nível da comunidade; e (3) avaliar o impacto na saúde (Simões *et al.*, 2017). Contudo, acoplado à evolução das dinâmicas e práticas de cuidados de saúde, surgem questões éticas.

A ética influencia a cultura da organização, sistema ou instituição (Emanuel, 2000). Neste sentido, visa proporcionar estabilidade organizacional, definindo caminhos e objetivos – fundamentados por códigos de conduta ética, num ambiente competitivo e em constante mudança. O SNS não é exceção. Este tem estado sujeito, nos últimos anos, a mudanças complexas em termos organizacionais que decorrem, em boa parte, das dificuldades de sustentabilidade económica e de restrições orçamentais e financeiras a que o País tem sido sujeito. Em conformidade, Schlairet *et al.* (2012) salientam que, estando a saúde num meio de mudanças rápidas e complexas, os prestadores de cuidados de saúde encontram desafios éticos em ambientes clínicos, com potencial de valores, interesses, direitos, princípios abstratos e dilemas éticos. Desta forma, sendo a ética uma questão que tem emergido como campo de reflexão, torna-se fundamental estudar o impacto e a importância das práticas éticas nos SPS.

2.2. Ética nos Serviços Públicos de Saúde: Relevância e Principais Impactos

A ética, ou filosofia moral, é um ramo da filosofia preocupado com normas e valores, direitos e erros, assim como com o que deve ou não deve ser feito (Lawson, 2011). A ética ocupa-se com o problema da fundamentação da moral. A moral trata da obrigação (*i.e.* do “dever ser”), enquanto a ética está preocupada com “o ser” (Renaud e Renaud, 1996). Segundo Cohen-Almagor (2017), a ética preocupa-se, assim, com o que é bom para os indivíduos e para a sociedade. Envolve desenvolver, sistematizar, defender e recomendar conceitos de comportamento correto e incorreto.

Em termos de base filosófica, a ética assenta em teorias básicas. As teorias éticas são uma abordagem inicial comum da ética, a partir das quais derivam princípios que, por sua vez, levam a regras que orientam e determinam os julgamentos e ações particulares (Taylor, 2013). Christie *et al.* (2008) e Taylor (2013) defendem que as três teorias gerais de análise ética dominantes e mais influentes são: (1) *Teoria Ética Consequencialista ou Utilitarista*; (2) *Ética Deontológica*; e (3) *Ética da Virtude*. Lawson (2011) acrescenta uma quarta e considera que as teorias básicas que regem a ética são: (1) *Ética da Virtude*, onde se inclui a ética feminista, e que tem raízes no filósofo grego Aristóteles, defendendo que a justiça ou a injustiça de uma ação está inserida no caráter do indivíduo; (2) *Ética Utilitarista*, que é baseada na teoria moral de Jeremy Bentham e Stuart Mill e pesa as consequências de um ato; (3) *Ética Deontológica ou Ética do Dever*, que é baseada em direitos Kantianos, sendo, talvez, a vertente mais conhecida, por estar associada ao filósofo alemão Kant, segundo quem o indivíduo deve agir de forma racional e consistente para ser moral; e (4) *Princípios da Ética Biomédica*, que se traduzem num modelo teórico dominante nas ciências da saúde e baseiam-se nos conceitos (ou princípios) da beneficência, da não-maleficência, da justiça e da autonomia (Lawson, 2011). A *Tabela 1* sintetiza as principais diferenças entre as várias abordagens éticas.

Autor	Abordagem	Conceito
Aristóteles (384-322 aC)	Ética da Virtude	Foca-se na psicologia moral e no desenvolvimento humano (<i>i.e.</i> os motivos e o caráter do indivíduo). As virtudes do princípio são clareza, simplicidade e universalidade.
Kant (1724- 1804)	Ética Deontológica ou Ética do Dever	A moralidade de uma ação é uma função do ato em si e não das consequências. A correção moral consiste em agir de forma racional e consistente, independente de motivos empíricos ou outro tipo de motivo.
Bentham (1748-1832) & Mill (1806-1873)	Utilitarismo ou Ética Consequencialista	As ações são consideradas corretas ou erradas em virtude das suas consequências. Baseia-se fundamentalmente nos atos, que são considerados corretos quando maximizam o bem-estar (Princípio do bem-estar máximo).
Beauchamp & Childress (1979)	<i>Principles of Biomedical Ethics</i>	Análise de práticas éticas médicas de acordo com quatro princípios: beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia.
Rawls (1921-2002)	<i>Theory of Justice</i>	Defende uma reconciliação do princípio da liberdade e do princípio da igualdade que deve ser aplicada à estrutura básica de uma sociedade bem ordenada.

Tabela 1: Abordagens Conceptuais sobre a Ética

Fonte: Beauchamp e Childress (1979, adap.) & Cohen-Almagor (2017, adap.).

As diferentes abordagens filosóficas, sistematizadas na *Tabela 1*, influenciaram o campo da ética médica ao conceberem alguns princípios importantes, tais como os conceitos de *autonomia*, *dignidade*, *benevolência* e *beneficência*, entre outros (Cohen-Almagor, 2017).

Ao longo do tempo, foram definidos alguns conceitos éticos para a prática, comportamento e conduta ética na área da saúde. No início do século XX (*i.e.* 1930), David Ross refinou os conceitos deontológicos defendidos por Kant, enunciando alguns deveres *prima facie*, nomeadamente (1) *fidelidade*; (2) *recompensa*; (3) *gratidão*; (4) *não-maleficência*; (5) *justiça*; e (6) *beneficência* (*cf.* Lawson, 2011). Na década de 1970, Beauchamp e Childress (1979), apresentaram os quatro princípios de abordagem de ética biomédica: (1) *beneficência*; (2) *não-maleficência*; (3) *justiça*; e (4) *autonomia*, para fornecer uma abordagem coerente para a tomada de decisões éticas num contexto médico e de saúde. Estes princípios tornaram-se, desde então, o modelo padrão para a prática da ética médica. O princípio da beneficência refere que os profissionais de saúde têm a obrigação moral de agir de forma a beneficiar os doentes, ou seja, dever de proteger ou curar um doente. A beneficência deve, também, ser temperada pela falta de maleficência e justiça. O princípio da não-maleficência, por seu turno, é fundamental para a medicina. No entanto, todo o tratamento tem potencial para causar danos e,

dessa forma, o dano causado deve ser proporcional ao benefício. A justiça, enquanto princípio ético em saúde, preocupa-se com a distribuição justa de recursos, enquanto a autonomia é o princípio do respeito pelas capacidades de tomada de decisão de pessoas autónomas, que lhes permite fazer escolhas fundamentadas e esclarecidas. Pode ser dividida em autonomia de pensamento, de intenção e de ação (Lawson, 2011).

A ética pode ainda dividir-se nas seguintes três dimensões: (1) meta-ética; (2) ética normativa; e (3) ética aplicada. Segundo Winkler (1998), a meta-ética está preocupada com o significado dos conceitos morais centrais, como “bom” e “direito”, assim como com um relato da lógica ou estrutura do raciocínio moral e da justificação. O autor afirma que a meta-ética contrasta com a ética normativa, visto que esta preocupa-se em definir e em distinguir as ações corretas das erradas. Já a ética aplicada é um campo de estudo geral, que inclui os esforços para compreender e resolver problemas morais que surgem no domínio da vida prática, como o caso da medicina e/ou em conexão com alguma questão geral de interesse social. De acordo com Winkler (1998), existem três grandes subdivisões de ética aplicada: (1) ética biomédica, centrada em questões éticas da medicina e investigação biomédica; (2) ética profissional, focada em questões que surgem no contexto das empresas, incluindo a das empresas multinacionais; e (3) ética ambiental, centrada em relações e obrigações com as gerações futuras, com outros seres e espécies não-humanos e com os ecossistemas e a biosfera como um todo. Allhoff (2011) propõem uma divisão da ética aplicada conforme a *Figura 2*.



Figura 2: Ética Profissional como Ética Aplicada

Fonte: Allhoff (2011: 9).

Allhoff (2011) afirma que a ética biomédica e a ética legal têm características em comum, sendo por isso incluídas no grupo da ética profissional. Neste sentido, de acordo com Werhane e Rorty (2000), não são só a bioética e a ética profissional que constituem campos da ética aplicada. Com efeito, os autores incluem também, neste campo, a ética clínica. Hoffmaster (1994) argumenta também que a ética médica, enquanto teoria filosófica baseada nos problemas morais inerentes à aplicação de cuidados de saúde, passou a ser considerada como um domínio da ética aplicada. Torna-se imperativo, deste modo, diferenciar os conceitos de *bioética*, *ética médica*, *ética clínica* e *ética profissional*.

Os termos bioética e ética médica são, frequentemente, utilizados de forma intercambiável (*cf.* Ammar *et al.*, 2016). A bioética direciona-se para questões éticas relacionadas com investigação em saúde e com a aplicação da biotecnologia na medicina e na biologia. A ética médica está tradicionalmente orientada para o utente e para os serviços de saúde (Ammar *et al.*, 2016). A ética clínica, por sua vez, foca-se no atendimento clínico ao utente, enquanto a ética profissional assenta em diretrizes profissionais individuais (Werhane e Rorty, 2000). Taylor (2013) acrescenta que a ética clínica é a aplicação de teorias éticas, princípios, regras e diretrizes para situações clínicas, estando, desta forma, direcionada para os profissionais envolvidos no cuidado ao utente. Segundo Hurst (2012), a ética clínica inclui a análise das questões que surgem no atendimento clínico e no desenvolvimento de soluções justificáveis para essas questões, bem como a aplicação de ferramentas de raciocínio ético na prática clínica.

De acordo com Antunes (2012), a evolução do pensamento bioético teve dois marcos. O primeiro marco ocorreu em 1978 com o chamado *Belmont Report*, encomendado pelo governo norte-americano à *National Commission for the Protection of the Human Subjects*. O segundo surge através da publicação do livro de *Principles of Biomedical Ethics*, em 1979, que definiu o “principalismo ético”, focado em quatro princípios fundamentais de Beauchamp e Childress (1979), nomeadamente: *beneficência*; *não-maleficência*; *justiça*; e *autonomia*. Seguiram-se outros marcos na evolução do pensamento da bioética, como a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina, em 1997, assim como o protocolo adicional que, em 1998, começou a proibir qualquer intervenção cuja finalidade fosse a clonagem reprodutiva. Em 2005, é aprovado, pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), a declaração universal da bioética e direitos humanos (Antunes, 2012).

O termo ética médica é atribuído ao médico britânico Thomas Percival, que publicou, em 1803, o *Code of Institutes and Preceptum* – adaptado à conduta profissional de médicos e cirurgiões. Em 1847, a *American Medical Association* (AMA) publicou o primeiro código de ética, baseado, em grande parte, no trabalho de Thomas Percival. Apesar do estabelecimento de um código de ética, a aplicação da ética médica em ambiente hospitalar permaneceu intermitente e não-padronizada. No início do século XX, foi constituída a *Catholic Hospital Association*, que encorajou os hospitais a formar comissões médico-morais, para garantir o alinhamento do tratamento médico com a missão e o ministério da Igreja. Estas comissões estão referenciadas como as primeiras comissões de ética hospitalar (cf. Farris, 2015).

A ética médica ocidental, como campo de estudo, surgiu durante a segunda metade do século XX, começando, a partir daí, a cristalizar-se como parte da ética aplicada. Este período testemunhou não só descobertas científicas e inovações tecnológicas, como também objeções crescentes por parte dos utentes às decisões médicas. Subjacente a esses desenvolvimentos, acoplou-se a necessidade de repensar e reformular as obrigações médicas e os direitos dos utentes (Cohen-Almagor, 2017).

A preocupação com a moral médica começa com o código de conduta cristalizado no Juramento de Hipócrates (cf. Antunes, 2012), sendo que a segunda sistematização de regras de conduta foi o Código de Nuremberga, criado em 1947. Este código tinha como objetivo regulamentar a investigação que envolvia experimentação humana, introduzindo o conceito de consentimento voluntário (Antunes, 2012). De acordo com McGovern (2016), o Juramento de Hipócrates foi reafirmado pela comunidade médica internacional, através da *World Medical Association* (WMA), na Declaração de Genebra, criada em 1948. Também o Código

Internacional de Ética Médica – que inclui definições como “deveres de um médico em geral”, “deveres de médicos para doentes” e os “deveres dos médicos aos colegas” – sofreu, em diversos momentos, alterações pela WMA. Estes dois documentos foram recentemente modificados, em 2006. Em 1964, surge a Declaração de Helsínquia, que distingue, pela primeira vez, a investigação que tem como objetivo o diagnóstico e o tratamento *vs.* investigação de carácter científico sem valor de diagnóstico ou terapêutico. Esta declaração ressalva, também, a necessidade da implementação de uma comissão de avaliação independente – comissão de ética – e recomenda prudência quanto a situações de dependência, tais como, crianças e pessoas com défices cognitivos (Antunes, 2012). Neste sentido, importa ter presente que o Juramento de Hipócrates, inicialmente destinado a proibir os médicos de participar em abortos e procedimentos cirúrgicos em que o conhecimento da prática cirúrgica em si não era familiar, é um voto histórico e, tradicionalmente, promulgado pelos médicos em relação à prática ética de medicina. Atualmente, o elemento essencial deste juramento é evitar cometer danos ao utente. Citando Cohen-Almagor (2017: 2), “*the Hippocratic Oath (c. 400 BC) incorporates the obligations of nonmaleficence and beneficence*”. No entanto, este juramento tem vindo a ser substituído pela Carta sobre Profissionalismo Médico (O’Neil, 2006). De acordo com Silva (2013), as responsabilidades profissionais e éticas nesta carta centram-se nos seguintes três princípios fundamentais: (1) primazia ao bem-estar do utente; (2) autonomia e justiça social; e (3) conjunto de dez responsabilidades profissionais, nomeadamente: (3.1) competência profissional; (3.2) responsabilidades profissionais; (3.3) conhecimento científico; (3.4) honestidade com o utente; (3.5) manutenção da confiança do utente na gestão de conflitos de interesses; (3.6) confidencialidade; (3.7) relacionamento com o utente; (3.8) qualidade dos cuidados de saúde; (3.9) acesso aos cuidados de saúde; e (3.10) distribuição de recursos finitos. Em relação à natureza e às circunstâncias de um juramento profissional, Allhoff (2011) considera que se deve dar ênfase aos códigos de ética (e não aos juramentos *per se*), pois os juramentos refletem apenas o código de ética.

A *General Medical Council* (GMC), no Reino Unido, tentou resumir, em 1983, as competências e os requisitos necessários que os médicos devem ter, elaborando uma lista de deveres e de responsabilidades éticas exigidas à classe – *Good Medical Practice* –, com o objetivo de orientar os profissionais para as boas práticas clínicas. Desta forma, foram identificados quatro domínios: (1) *conhecimento, habilidades e desempenho*, em que cuidar do utente deve ser a principal preocupação do médico; (2) *segurança e qualidade*; (3) *comunicação e trabalho em equipa*, que deverá ocorrer com utentes e outros profissionais; e (4) *confiança*, que se deverá verificar entre o médico e o utente (McGovern, 2016). Também o código de ética

desenvolvido pela *American Nurses Association* (ANA) – *The Code* – fornece diretrizes gerais para o comportamento profissional aplicável à prática avançada. O código de ética da ANA baseia-se em várias abordagens da ética, incluindo não só a abordagem aos princípios éticos da biomédica, mas também as visões humanistas, as visões feministas e a ética da virtude, para construir uma estrutura de tomada de decisão destinada a objetivos específicos e a desafios imprevisíveis da prática de enfermagem (Wagner e Dahnke, 2015).

Tepper (2017) defende que, para além dos quatro princípios fundamentais de Beauchamp e Childress (1979) – *i.e.* beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia –, existem duas outras ideias estreitamente relacionadas e que são fundamentais para a ética clínica médica, nomeadamente: (1) *respeito pelo indivíduo*, em que o utente tem o direito de ser tratado com dignidade; e (2) *verdade e honestidade*, ideia intimamente ligada ao conceito de consentimento informado. Para Rehbock (2011), o princípio da autonomia está intimamente relacionado com a reivindicação moral e jurídica do consentimento informado.

De acordo com Emanuel (2000), um outro conceito ético fundamental em ambientes de saúde é a *responsabilidade*. A autora identifica os seguintes cinco domínios para a responsabilidade: (1) *competência*; (2) *acesso aos cuidados de saúde*; (3) *saúde pública e benefícios comunitários*; (4) *prática legal e ética*; e (5) *desempenho financeiro*. Na prática, essas áreas de conteúdo ético incluem aspetos importantes, como: tomada de decisão; obrigações fiduciárias; confidencialidade; obrigações decorrentes da vulnerabilidade do utente; padrões pessoais; equidade; representação cultural; e procedimentos para a resolução de dilemas. Neste contexto, os utentes e os profissionais de saúde têm, também, *responsabilidade política* – *i.e.* na qualidade de cidadãos, têm o direito a expressar as suas ideias sobre como os cuidados e os tratamentos de saúde devem ser geridos de forma justa, respeitável e agradável –, assim como *responsabilidade económica* – necessária para a viabilidade financeira e para a acessibilidade aos serviços de saúde. No entanto, os propósitos políticos e económicos devem ficar em segundo plano para o propósito profissional (Emanuel, 2000).

Para Pinto (2012), os princípios éticos indispensáveis passam por: (1) garantir o respeito pela dignidade e liberdade humanas (consagrado na Carta Universal dos Direitos do Homem); (2) defender e promover a vida humana desde a concepção até à morte; (3) assegurar cuidados saúde a todos os cidadãos, independentemente da idade, raça, cultura ou religião; (4) garantir acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos; (5) assegurar a liberdade de cada cidadão no tratamento e cuidados, através do consentimento informado; e (6) considerar a dimensão terapêutica da espiritualidade a dar a cada cidadão utente.

Nunes (2017) sumariza estes princípios, afirmando que o Código de Nuremberga, a Declaração da Helsínquia, a Convenção do Conselho Europeu sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina, a Declaração Universal da UNESCO sobre Bioética e Direitos Humanos ou as Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Relacionada à Saúde do Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas sugerem princípios éticos fundamentais que devem ser universalmente respeitados. Segundo o autor, estes princípios podem ser resumidos da seguinte forma: (1) respeito pelas pessoas e consentimento livre e esclarecido; (2) proteção de pessoas incompetentes, nomeadamente crianças e pacientes psiquiátricos; (3) imperativo ético para maximizar os benefícios e minimizar os danos (beneficência e não maleficência); (4) direitos de privacidade e confidencialidade; (5) justiça/equidade no acesso aos cuidados de saúde e aos benefícios dos ensaios clínicos; (6) responsabilidade dos profissionais e instituições de saúde que prestam cuidados de saúde; e (7) responsabilidade das comissões de revisão ética.

Outra consideração importante é a relação da lei geral com a ética em geral e a ética médica em particular. A lei define limites amplos de comportamento, a maioria dos quais se aplica a todos os indivíduos, sendo que alguns desses limites se aplicam, com particular ênfase, a médicos e outros profissionais de saúde. No entanto, podemos agir de acordo com a lei e ainda assim agir de forma não ética (Taylor, 2013). As leis que regem a prática da medicina variam de país para país, mas os princípios gerais da ética médica são globais e formulados não apenas pelos conselhos profissionais nacionais, mas também por organizações internacionais como a WMA (McGovern, 2016). Williams (2005) reforça esta ideia, acrescentando que existem variações consideráveis na ética médica de um país para outro, visto que a ética é fundamentada na filosofia, na religião e na ideologia política. Ainda assim, importa ter presente que, embora hajam diferenças de ênfase e interpretação, os fundamentos da ética médica são transversais, como parece evidente na ampla aceitação das políticas éticas da WMA.

Werhane e Rorty (2000) defendem que o estudo da ética em saúde centra-se, geralmente, em questões direcionadas para o utente e incluem: (1) investigação médica; (2) autonomia; (3) cuidados de saúde; e (4) relacionamentos profissionais. Aulisio *et al.* (2000) acrescentam, neste domínio, que os prestadores de cuidados de saúde, utentes e familiares são confrontados com questões éticas como: (1) competência; (2) confidencialidade; (3) consentimento informado; (4) incerteza do impacto da intervenção médica; (5) autonomia; (6) alocação de recursos; (7) direitos de consciência; e (8) tomada de decisões de substituição. Na prática, a autonomia, no campo dos cuidados de saúde, manifesta-se no consentimento ou dissentimento em relação a atos médicos que lhe sejam propostos. Para tal, é imposto o dever jurídico, o dever de informar com verdade e de forma compreensível e, ainda, assegurar que o utente tem capacidade de

consentir, ou seja, de decidir com autonomia. Está também implícito, nesta questão, o dever de verificar se o utente compreendeu a informação e se ficou esclarecido. O incumprimento deste último dever torna o consentimento inválido (Serrão e Meneses, 2010). De resto, como refere Dolan (2017), a objeção de consciência é definida como o pedido, a resistência ou a recusa em participar numa atividade, considerada incompatível com as crenças religiosas, morais, filosóficas, éticas ou humanitárias da pessoa.

Face ao exposto, parece evidente que a discussão sobre a ética médica se centra, principalmente, na forma como os profissionais de saúde se devem comportar de forma individual e, neste sentido, parece ser dada menor atenção ao comportamento das organizações de saúde. Por conseguinte, o conceito de ética organizacional foca-se na organização e na sua atuação de acordo com os princípios éticos (Wu *et al.*, 2011). Ainda assim, Werhane e Rorty (2000) ressaltam, a este respeito, os desenvolvimentos sobre na área, salientando que a ética clínica continua focada no atendimento clínico ao utente, enquanto a ética profissional está focada nas diretrizes profissionais individuais e não em organizações de saúde.

O tema das organizações de saúde é, habitualmente, um tema associado à ética empresarial. Contudo, a ética das empresas não tem assumido protagonismo no pensamento sobre organizações de saúde. Tal constatação pode ser justificada pela escassez de literatura e de investigação no campo da ética organizacional nos cuidados de saúde (Werhane e Rorty, 2000).

Emanuel (2000) salienta a importância de ética organizacional, afirmando que organizações e estruturas, tal como os indivíduos, têm atributos éticos e podem ser responsabilizados moralmente. De acordo com Carrol (1991), a responsabilidade ética organizacional abrange valores e normas emergentes que a sociedade espera que as empresas incorporem. Esta inclui padrões, normas ou expectativas, que refletem a preocupação esperada pelos consumidores, funcionários, acionistas e comunidade, dando também destaque aos direitos morais dos *stakeholders*. Desta forma, a ética das empresas e, em particular, a teoria das partes interessadas (*i.e.* teoria dos *stakeholders*), pode contribuir para o pensamento sobre a ética organizacional na área da saúde (Werhane e Rorty, 2000). Winkler (2005) apresenta alguns aspetos e características dos hospitais, comuns às organizações, que fundamentam essa ideia. De facto, tal como as organizações, os hospitais são hierarquicamente organizados, com divisões de trabalho complexas; e as práticas e processos de tomada de decisão dependem, em grande parte, de regras e políticas.

As organizações de saúde enfrentam frequentemente dilemas éticos, embora, até à data, não tenham sido estabelecidos princípios éticos semelhantes aos da ética clínica, para

orientação na resolução desses dilemas. O foco da ética clínica não reconhece os efeitos da cultura organizacional – *i.e.* as regras formais e informais sobre a conduta ética e a tomada de decisões –, não existindo um conjunto de princípios éticos comparáveis para orientar a tomada de decisões nas organizações envolvidas nos cuidados de saúde. Os princípios éticos na ética organizacional devem representar valores intrínsecos e ajudar a clarificar os aspetos morais relevantes na resolução de problemas (Winkler e Gruen, 2005).

Winkler e Gruen (2005) propuseram quatro princípios substantivos para orientar a tomada de decisão nas organizações de saúde, nomeadamente: (1) cuidar dos utentes; (2) tratar os colaboradores com respeito; (3) atuar de acordo com a sensibilidade e circunstâncias da comunidade; e (4) consumir recursos de forma razoável (*i.e.* sem gastos excessivos). A *Tabela 2* sintetiza os quatro princípios substantivos que devem orientar a tomada de decisões éticas nas organizações de saúde.

Normative Principle	Provide Care with Compassion	Treat Employees with Respect	Act in a Public Spirit	Spend Resources Reasonably
Role	Caregiver	Employer	Citizen	Manager
Stakeholders (in addition to the HCO)	Patients	Employees	Community	Patients, investors, insurers and the public
Values	Competence compassion trust shared decision making	Fairness empowerment participation	Common good community benefit	Quality, equity, efficiency and sustainability
Field of ethics	Clinical ethics	Business ethics workplace ethics	Political ethics	Business ethics, political ethics and distributive justice

Tabela 2: Princípios Éticos das Organizações de Cuidados de Saúde

Fonte: Winkler e Gruen (2005: 113).

Como ilustrado na *Tabela 2*, os quatro princípios éticos desenvolvidos derivam dos diferentes papéis que a organização deve desempenhar. De acordo com Winkler e Gruen (2005), estes papéis refletem interesses de diferentes partes e valores subjacentes, assim como os campos de ética que os informam. As diferentes soluções encontradas podem ser igualmente razoáveis, dependendo do peso que o processo deliberativo dê a qualquer dos princípios substantivos. Segundo Tepper (2017), os princípios éticos podem fornecer orientação sobre o

pensamento da gestão de utentes, mas não fornecem respostas óbvias a questões éticas complexas. Em casos particularmente difíceis, os profissionais de saúde podem precisar de conselhos e de orientação ética dos serviços de suporte de ética médica (Forde, 2012).

Os problemas éticos podem ser vistos como questões difíceis de tratar e que necessitam de uma solução moral. A resolução de problemas éticos requer escolhas com base em crenças e sentimentos sobre o que é fundamentalmente bom ou correto (Aitamaa *et al.*, 2010). Na saúde, é necessário separar os problemas éticos que surgem da investigação científica médica, dos problemas que surgem no curso da atenção clínica aos utentes e que, também, geram dilemas no processo de tomada de decisão. No primeiro caso, há um quadro de referência, um regulamento e uma legislação para abordar os problemas éticos associados à prática da ciência e, na perspetiva da atenção individual aos utentes, surgiu o campo de estudo da ética clínica como uma resposta aos conflitos morais cada vez mais frequentes (Ruíz-Cano *et al.*, 2015).

Um dilema corresponde *“a una situación en la que los preceptos morales o las obligaciones de similar obligatoriedad ética se encuentran en conflicto, de forma que cualquier solución posible al dilema es moralmente intolerable”* (Ruiz-Cano *et al.*, 2015: 89). Os autores reforçam esta ideia, afirmando que um dilema ético é uma situação em que os princípios morais que orientam a conduta não permitem determinar, de forma evidente, o certo ou o errado antes de dois possíveis cursos de ação. Segundo Aitamaa *et al.* (2010), o conceito de “dilema ético” é usado em circunstâncias em que uma escolha deve ser feita entre duas alternativas igualmente insatisfatórias. Os termos “desafio ético” e “distúrbio ético” são, também, usados para ressaltar problemas ou questões com uma dimensão ética, mas sem uma definição exata.

Os dilemas éticos clínicos são uma ocorrência comum na prática médica (Marcus *et al.*, 2015). Citando Paulsen (2011: 204), *“ethics is tied to medicine terminologically (bioethics, medical ethics, biomedical ethics, etc.) as well as institutionally through ethics councils, research ethics committees, clinical ethics committees”*. A consulta de ética é um mecanismo comumente aplicado para abordar dilemas éticos clínicos. No entanto, há pouca informação sobre os pontos de vista dos prestadores de cuidados de saúde em relação à relevância das comissões de ética e à aplicação adequada da consulta de ética na prática clínica (Marcus *et al.*, 2015).

A exposição feita com base na revisão de literatura sobre: (1) o enquadramento do conceito de ética; (2) a evolução sumária desse conceito ao longo da história do pensamento filosófico; (3) as teorias gerais da análise ética, que modelaram ou influenciaram os conceitos mais atuais de bioética e ética médica; e (4) a influência do conceito de ética organizacional no

contexto específico das organizações de saúde, permitirá responder, de forma sintética, às questões colocadas no âmbito da presente dissertação, nomeadamente: “*Por que é importante a ética nos SPS?*” e “*Quais as consequências no seu não cumprimento?*”.

Podemos concluir que a ética é importante nos cuidados de saúde porque promove valores essenciais como: (1) boa comunicação; (2) confiança; (3) responsabilidade; (4) respeito mútuo; (5) cuidados médicos justos (*i.e.* equidade); (6) proteção da privacidade; (7) autonomia, através do consentimento informado; e (8) confidencialidade. A adoção destes valores pelos profissionais de saúde garante a qualidade da prática clínica e a qualidade das organizações de prestação de cuidados de saúde. Estes valores constituem, também, uma dimensão fundamental para a humanização nos serviços de saúde, sendo que o não-exercício destes princípios traduz-se na inexistência de boas práticas éticas.

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de agir de forma ética em tudo o que fazem como parte da sua conduta profissional (George, 2016). Neste sentido, o reconhecimento da importância da adoção e monitorização das práticas éticas tem levado à criação de comissões de ética hospitalar em todo o mundo. Segundo Gaudine *et al.* (2011), a maioria destas comissões de ética apresentam três funções gerais: (1) educação sobre ética e tomada de decisões éticas no hospital; (2) consulta de ética, aconselhamento ou supervisão do processo de consulta; e (3) desenvolvimento da política ética ou revisão dos aspetos éticos da política. Segundo os autores, há hospitais que não usam comissões para fazerem consultas de ética.

De acordo com Farris (2015), as indicações mais comuns para a consulta das comissões de ética médica são: (1) a tomada de decisões em fim de vida; (2) as discussões sobre o *status* do código de ética; e (3) os desentendimentos entre utentes e funcionários das instituições de saúde. Outras temáticas, como cuidados paliativos e o consentimento informado são, também, motivos frequentemente citados para as referidas consultas. Outras razões descritas para solicitar pareceres às comissões de ética são as preocupações com a incerteza do impacto das intervenções médicas. Para Schlairet *et al.* (2012), alguns exemplos de conflitos éticos são: (1) as relações interpessoais; (2) sofrimento e vulnerabilidade; (3) autonomia; (4) relação dano-benefício; e (5) o papel dos profissionais de saúde perante a tomada de decisão. Neste sentido, o principal papel de uma comissão de ética médica consiste em identificar e considerar as questões morais e éticas dos casos médicos, assim como comunicar conceitos, julgamentos e recomendações éticas aos clínicos. Nos hospitais de ensino, os consultores também fornecem educação a estudantes de medicina, funcionários e clínicos, sobre dilemas éticos e princípios que orientam os profissionais na tomada de decisão (Farris, 2015). No entanto, Rasmussen e Scofield (*in* Marcus *et al.*, 2015) referem haver questões válidas sobre o papel apropriado dos

órgãos de ética e consultas de ética em geral na resolução de dilemas éticos clínicos. Algumas das preocupações levantadas na literatura prendem-se com a dúvida se as comissões de ética devem possuir uma base de conhecimento especializada para abordar as temáticas ou se devem ter apenas um papel prescritivo na resolução de dilemas éticos clínicos.

Também em Portugal, o reconhecimento da necessidade de dinamizar a reflexão dos problemas éticos no contexto do SNS foi já consagrado com a constituição de um órgão consultivo autónomo – as Comissões de Ética para a Saúde (CES). Cada hospital, assim como os centros de saúde e outras instituições públicas de cuidados de saúde apresenta uma CES própria. A CES de cada ARS integra, também, agrupamentos de centros de saúde sem CES da respetiva região. Estas comissões têm o seu regime jurídico estabelecido no Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de Maio e funcionam nas instituições e serviços de saúde públicos e unidades privadas de saúde. Objetivamente, tem como objetivo *“zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética”* (Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, Artigo 1.º).

As CES são compostas por equipas multidisciplinares (*e.g.* médicos, enfermeiros, farmacêuticos, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas) e, por norma, são constituídas por sete membros. A sua constituição está a cargo do diretor clínico das instituições e serviços de saúde públicos. O mandato dos membros das CES é de três anos, podendo ser renovado por iguais períodos, sendo que funcionam sob a direção de um presidente, coadjuvado por um vice-presidente, eleito por e de entre os seus membros (Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, Artigo 2.º a Artigo 5.º).

As competências definidas para as CES são as seguintes: (1) zelar pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas; (2) emitir, por sua iniciativa ou por solicitação, pareceres sobre questões éticas nas atividades das organizações de saúde; (3) pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica, nomeadamente referentes a ensaios de diagnóstico ou terapêutica e técnicas experimentais, que envolvem seres humanos e produtos biológicos; (4) pronunciar-se sobre pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos da instituição ou serviço de saúde e fiscalizar a sua execução relativamente aos aspetos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos do ensaio clínico; (5) pronunciar-se sobre a suspensão ou revogação da autorização para a realização de ensaios clínicos; (6) reconhecer a qualificação científica adequada para a realização de ensaios clínicos; e (7) promover a divulgação dos princípios gerais da Bioética, através de estudos, pareceres ou outros documentos.

Os pareceres das CES regem-se pelo estabelecido na lei, códigos deontológicos e declarações e diretrizes internacionais existentes. Qualquer profissional de saúde ou utente e seus representantes pode solicitar um parecer às CES (Artigo 6.º, Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio). As discussões normativas sobre cuidados de saúde modernos geralmente giram em torno de princípios que afirmam o que não deve ser feito. No entanto, para ter um impacto nos papéis clínicos, a reflexão ética deve ser capaz de descrever e abordar as complexidades e os desafios dos profissionais de saúde e, talvez, até mesmo o papel do utente. Face ao exposto, torna-se fundamental analisar alguns dos métodos utilizados na análise das práticas éticas no sector da saúde.

2.3. Métodos de Análise das Práticas Éticas no Sector da Saúde

Os métodos de avaliação das práticas éticas no sector de saúde têm vindo a evoluir e, conseqüentemente, a apresentar novas abordagens de análise e avaliação.

Segundo Harris (2003), os quatro princípios éticos não são o início nem o fim do processo de reflexão ética. Embora estes princípios possam constituir uma abordagem útil, enquanto “lista de verificação” – essencialmente usada na análise de novas áreas da bioética e pelas comissões de ética – é uma abordagem *que “lead to sterility and uniformity of approach of a quite mindbogglingly boring kind”* (Harris, 2003: 303). McGovern (2016) reforça esta ideia, salientando que a necessidade de uma “lista de verificação” para a ética médica implica que os profissionais médicos sejam moralmente obtusos e que não consigam ter interações humanas comuns sem ter um guia ou mapa. Também Lawson (2011) aponta limitações a esta abordagem. Segundo o autor, é difícil verificar a ordenação dos princípios em situações complexas e como se estabelecem conflitos entre princípios, acrescentando que a solução pode ser alcançada, simplesmente, invocando os princípios.

A abordagem dos princípios éticos da biomédica não obteve consenso como abordagem apropriada para a tomada de decisões éticas nos cuidados de saúde. Essa falta de consenso não é surpreendente, dada a natureza complexa e contenciosa da ética e das decisões éticas. No entanto, o “principalismo” tornou-se numa das abordagens mais comuns e aceites para a compreensão de problemas éticos nos cuidados de saúde e a tomada de decisões éticas (Wagner e Dahnke, 2015). Para Campbell (2003), apesar da competição entre teorias morais, nenhuma, *per si*, se sobrepõe às demais teorias ou aos modelos de análise de dilemas éticos, entretanto desenvolvidos. Também, os modelos, como um todo, fornecem uma análise mais adequada do

que cada um isoladamente. De acordo com Knox (2014: 121), “*many reflective models have been developed over the years [...] all these models intend to foster reflection to improve thoroughness in monitoring and managing ethical decision making*”. A Tabela 3 sintetiza os contributos e as limitações de alguns modelos ou metodologias de análise das práticas éticas no sector da saúde.

Autor	Metodologia	Contributos	Limitações
Bommer <i>et al.</i> (1987)	Método etnográfico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agrupa em categorias os fatores que influenciam as decisões éticas. Estas categorias incluem: o ambiente social de um decisor; ambiente governamental e jurídico; ambiente profissional; ambiente de trabalho; ambiente pessoal; e atributos individuais. ▪ Articula influências/fatores a comportamentos éticos e antiéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esboço de modelo teórico, reconhecido como uma primeira tentativa de identificar e relacionar os fatores e influências ambientais na tomada de decisão.
Oddo (2001)	<i>Patient-centered decision model</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integra, no processo de tomada de decisão, elementos médicos, éticos e financeiros; ▪ Modelo de decisão centrado no utente: médico-utente e decisões financeiras-utente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo teórico; ▪ Imputa muita responsabilidade no utente; ▪ Modelo favorece os indivíduos com poder económico e que podem pagar tratamentos médicos, penalizando indivíduos com insuficiência económica.
McDevitt <i>et al.</i> (2007)	<i>Janis and Mann's decision making model</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajuda a compreender a complexidade do processo de decisão de dilemas éticos, sugerindo interações; ▪ Permite: (1) identificar os pontos fortes e fracos; e (2) analisar a interação dos conflitos éticos com outras variáveis durante o processo de tomada de decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O modelo não leva em consideração o impacto do tempo no processo de decisão; ▪ Não permite determinar quando afetará as decisões éticas.

Schumann & Alfandre (2008)	Estudo de caso, através da aplicação do método dos quatro tópicos – <i>indicações médicas, preferências do utente, qualidade de vida e características contextuais</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permite orientar a discussão entre membros da equipa, utentes e familiares para alcançar uma resolução que respeite os valores e preferências do utente, destacando as áreas de controvérsia e esclarecendo os princípios subjacentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A lista direta dos tópicos tende a levar a uma simplificação excessiva dos pontos éticos de um caso; ▪ Operacionalização dos quatro tópicos é desafiante; ▪ Aplicação limitada à área da saúde.
Schlairet <i>et al.</i> (2012)	Estudo de caso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orienta utentes, familiares e profissionais na análise ponderada de ética, na tomada de decisão e resolução de situações eticamente complexas; ▪ Permite o esclarecimento de valores, papéis e responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Útil apenas em situações eticamente menos complexas; ▪ Aplicação limitada aos cuidados paliativos.
Knox (2014)	Método etnográfico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove a colaboração e análise interdisciplinar dos profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As perguntas nos quatro quadrantes - <i>contexto; consequências; preocupações; e conflitos</i>, são tanto teóricas quanto empíricas, baseadas no conhecimento e experiência; ▪ Aplicado apenas a unidades intensivas neonatais.

Tabela 3: Abordagens de Análise das Práticas Éticas em Saúde

A partir da *Tabela 3* é possível observar que, a par da evolução e progresso do conhecimento médico e conseqüente avanço tecnológico, surge a crescente necessidade de criar modelos que, em cada momento ou circunstância, apoiem a tomada de decisão na análise das práticas éticas. Contudo, os modelos anteriormente apresentados apresentam limitações e não permitem analisar as práticas éticas nos SPS, algo que realça a importância do tema em análise. Por conseguinte, serão apresentadas no próximo ponto algumas das limitações metodológicas gerais destes modelos.

2.4. Limitações Metodológicas Gerais

As metodologias utilizadas na análise das práticas éticas no sector da saúde, identificadas na *Tabela 3*, são uma combinação de modelos teóricos e empíricos em que se identificam fatores que influenciam/determinam o comportamento humano nas decisões éticas. Contudo, pese embora os seus contributos para a compreensão dos fatores, importa reconhecer que existem limitações em todas as abordagens apresentadas, tais como: (1) focam-se nos dilemas éticos, funcionando como ferramentas de apoio à decisão e não de avaliação das práticas éticas *per se*; (2) têm aplicação limitada a áreas de especialidade médica, algo que se traduz na sua inaplicabilidade a diferentes contextos; e (3) utilizam um número reduzido de variáveis centradas no utente e, exclusivamente, no processo de doença. Segundo Lawson (2011), nenhum modelo pode fornecer uma solução para todos os dilemas éticos, sendo surpreendente se tal acontecesse. Por conseguinte, podemos concluir que não existem metodologias perfeitas. Com efeito, a ética não é estática e, como tal, não deve ser abordada como uma temática exata. Tal não significa, porém, um entrave à investigação, mas antes uma oportunidade para evoluir e aperfeiçoar as técnicas existentes. A resposta às limitações identificadas pode estar na complementaridade de métodos, sendo, no entanto, uma questão complexa e com bastante potencial a explorar.

Em suma, importa realçar que uma limitação geral das metodologias existentes é a forma como as variáveis que influenciam a ética no sector da saúde são tratadas (*i.e.* os modelos e métodos utilizados até à data apresentam um reduzido poder explanatório das relações causa-efeito entre essas variáveis). Por isso, propõe-se neste estudo o uso de FCMs. O mapeamento cognitivo *fuzzy* permite uma análise holística dos problemas e aumenta a compreensão das relações de causalidade entre variáveis. No próximo capítulo proceder-se-á ao enquadramento dessa abordagem.

Este segundo capítulo permitiu, em primeiro lugar, enquadrar e contextualizar a criação do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. O SNS é, pois, constituído por um conjunto de instituições e serviços dependentes do Ministério da Saúde, que procuram garantir o acesso aos cuidados de saúde a todos os cidadãos. Em segundo lugar, foi possível reconhecer o facto de a ética da saúde ocupar um lugar de destaque no conjunto das reflexões éticas. Ao longo dos anos, foram elaborados juramentos, cartas e códigos de conduta que contribuiram para a evolução dos conceitos éticos na saúde. Concluiu-se que as questões éticas que envolvem a prática clínica são influenciadas por paradigmas filosóficos que remontam à antiga Grécia e que, apesar de contributos filosóficos posteriores, ainda hoje regem a conduta dos profissionais de saúde. Os acontecimentos históricos do início do século XX, em particular a co-atuação de médicos nazis na adoção de práticas eugenistas no período da II Grande Guerra (1939-1945), determinaram a necessidade de melhor balizar as práticas médicas e, conseqüentemente, surgiram novas reflexões no domínio da ética médica. Hoje em dia, é no âmbito da bioética que se concentra todo um conjunto de pesquisas, reflexões, procedimentos e práticas que têm por objeto esclarecer e resolver questões éticas suscitadas pelos avanços e pela aplicação das tecnociências biomédicas. Esta contextualização permitiu determinar a importância da ética no SNS e quais os seus impactos. Atualmente, o SNS dispõem de um órgão consultivo autónomo: as CES. Estas comissões, embora de natureza consultiva, tem um papel importante nas questões de ética profissional, permitindo alguma supervisão da atividade dos profissionais no sector da saúde. Procurou-se, no contexto dos SPS, conhecer quais os modelos de análise das práticas éticas adotadas neste sector da saúde. Concluiu-se, tendo em conta a investigação efetuada, que as abordagens existentes apresentam limitações gerais metodológicas, algo que leva a afirmar que não existem abordagens perfeitas. Estas limitações poderão dar lugar a oportunidades para a apresentação de outras técnicas e metodologias, que permitam complementar as análises existentes. No próximo capítulo, serão apresentados e analisados os principais aspetos metodológicos que sustentam o modelo de avaliação a desenvolver e que se suporta em mapas cognitivos *fuzzy* (FCM). Serão analisadas as características, as funcionalidades e as vantagens desta metodologia, procurando evidenciar os benefícios da sua aplicação no contexto da ética em unidades de saúde pública.

Os desafios do mundo real são caracterizados por uma série de componentes inter-relacionados de maneiras complexas e diversas. Compreender as relações e as interdependências que ligam os elementos de um sistema e o seu ambiente externo é crucial para uma compreensão profunda do próprio sistema. Os mapas cognitivos têm vindo a ter destaque nas últimas décadas, como suporte na análise de sistemas complexos e, conseqüentemente, no apoio à tomada de decisão. Face às limitações metodológicas identificadas no capítulo anterior, o presente capítulo irá debruçar-se sobre a orientação metodológica adotada no âmbito deste estudo. Por conseguinte, procurar-se-á enquadrar a metodologia cognitiva dando especial destaque aos mapas cognitivos *fuzzy* (FCMs), que servirão de suporte à estruturação do problema a desenvolver. Para tal, serão abordados os seguintes pontos: (1) *problem structuring methods* e mapeamento cognitivo; (2) FCMs; e (3) vantagens e limitações do mapeamento cognitivo *fuzzy*.

3.1. *Problem Structuring Methods* (PSM) e Mapeamento Cognitivo

Segundo Midgley *et al.* (2013), *problem structuring methods* (PSM) – *i.e.* métodos de estruturação de problemas – são um subconjunto de métodos participativos. Os métodos participativos são usados no contexto de intervenções para estimular o diálogo deliberativo e o desenvolvimento de propostas de mudança. Este tipo de método facilita o envolvimento das partes interessadas na tomada de decisões, no sentido de abordar questões complexas da organização, sociais, ambientais ou tecnológicas (*cf.* Beierle e Cayford, 2002; Midgley *et al.*, 2013).

Os PSMs surgiram no final dos anos 1970, para colmatar algumas das restrições e limitações identificadas através do uso de métodos quantitativos da investigação operacional (IO) – ou *Operational Research* (OR) – existentes até à data (Ackermann, 2012). Em concordância, Rosenhead (2006) afirma que os PSMs constituem um dos pontos de crescimento da OR, estendendo a sua abordagem, fundamentalmente analítica, a domínios problemáticos com os quais a OR já havia falhado ou não se pretendia envolver.

De acordo com Rosenhead e Mingers (2001), Mingers e Rosenhead (2004) e Rosenhead (2006), os PSMs visam fornecer assistência analítica em situações problemáticas de decisão. Essas situações são caracterizadas por: (1) múltiplos atores; (2) diferentes perspectivas; (3) interesses parcialmente conflitantes; (4) intangíveis significativos; e (5) incertezas desconcertantes. A relevância relativa desses fatores diferirá entre situações. Contudo, na maioria dos casos, há uma meta-característica – a da complexidade – decorrente da necessidade de compreender um emaranhado de problemas sem que se possa começar de uma formulação consensual presumida (Rosenhead, 2006).

Marttunen *et al.* (2017) apresentam oito PSMs: (1) *Cognitive and Causal Maps*; (2) *Drivers, Pressures, States, Impacts, Responses* (DPSIR); (3) *Scenario Planning* (SP); (4) *Soft Systems Methodology* (SSM); (5) *Stakeholder Analysis*; (6) *Strategic Choice Approach* (SCA); (7) *Strategic Options Development and Analysis* (SODA); e (8) *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT). A Tabela 4 apresenta as principais características e diferenças de cada metodologia.

Method/Methodology	Description	Reference
Cognitive Maps (CMs) and Group Maps (GMs)	A CM is a graphical representation which captures how an individual perceives a particular issue in terms of key aspects of the system and perceived causal relationships between these, with the aim of improving understanding and informing decision-making. A Group Map is the integration of a number of individual Cognitive Maps (see SODA)	Eden (1992)
DPSIR PSR	A casual framework for describing the interactions between society and the environment. DPSIR stands for: Driving forces, Pressures, State, Impact, Responses. An extension of the PSR framework used by the OECD.	OECD (1993) EEA (1995)
SP	Scenario planning, also called scenario thinking or scenario analysis, is a strategic planning method to identify and analyse plausible but not necessarily probable or desirable futures and to use these to help identify appropriately flexible long-term strategies.	Schoemaker (1995)
SSM	Action-oriented process of inquiry into a problematic situation using different methods to structure the discussion and enhance learning. Commonly used methods are Rich Pictures, Root definitions, CATWOE (Customers, Actors, Transformation, Worldview, Environment), PQR (What, How, Why) and 3 E's (Efficacy, Efficiency, Effectiveness).	Checkland and Scholes (1990)
Stakeholder Analysis	Process of identifying the individuals or groups that are likely to affect or be affected by a proposed action. Results in specific participation strategies for each group.	Grimble and Wellard (1997)
Strategic Assumptions Surfacing and Testing (SAST)	Aims to surface, map and evaluate underlying assumptions that managers (stakeholders) bring with them (often subconsciously) in relation to an issue of strategic concern and to examine the relationship between these assumptions and potential policies with a view to formulating more robust and potentially novel or previously unforeseen policies.	Mitroff and Emshoff (1979)
SODA	Supports a group to construct a shared graphical representation of a problematic situation as a Causal Map (a Group Map, GM) and to use this to explore potential strategies with respect to a complex system of goals. A GM can be created by merging a number of individual's Cognitive Maps (CMs) or using Oval Mapping in a workshop environment.	Ackermann and Eden (2001)
SWOT	Tool for identifying factors of the external (Strengths, Weaknesses) and internal (Opportunities, Threats) operational environment and for determining strategies.	Kotler (1988)

Tabela 4: Abordagens de PSMs

Fonte: Marttunen et al. (2017: 3).

Como se pode constatar na *Tabela 4*, a estrutura básica de qualquer um dos PSMs compreende, na sua essência, a captação e a representação de vários pontos de vista, através do diálogo e da participação dos decisores na construção do modelo em análise (Vidal; 2004; Ackermann, 2012).

Os mapas cognitivos são uma abordagem PSM (*cf.* Vidal, 2004; Ackermann, 2012; Marttunen *et al.*, 2017). Ferreira *et al.* (2016: 4957) definem o mapeamento cognitivo como “*a well-established problem structuring method, which allows comprehensive frameworks to be developed on the basis of experience-based thinking, as groups of experts discuss and negotiate their views on a topic based on their personal values and practice*”. Segundo Tegarden e Sheetz (2003), o mapeamento cognitivo é uma prática que ilustra conceitos, analisa-os e identifica relações de causalidade, através da representação gráfica, promovendo a estruturação de problemas complexos e permitindo a sua utilização para tomada de decisões (*cf.* Carlucci *et al.*, 2013). Na prática, o mapeamento cognitivo descreve um conjunto de técnicas usadas para identificar crenças subjetivas e retratar essas mesmas crenças externamente. Esta abordagem consiste na extração de afirmações subjetivas dos indivíduos, no domínio do problema, sobre conceitos e relações significativas entre esses conceitos, bem como na descrição desses conceitos e das suas relações nalgum tipo de *layout* visual-espacial. O resultado de uma técnica de mapeamento cognitivo é, geralmente, referido como um “mapa cognitivo” (Siau e Tan, 2005). Desta forma, Abramova (2016) define o campo científico e aplicado do mapeamento cognitivo como uma metodologia interdisciplinar intensiva, que permite resolver problemas através do uso de mapas cognitivos.

De acordo com Ackermann e Eden (2001), Eden (2004), Eden e Ackermann (2004), Howick e Eden (2011), Ferreira *et al.* (2012; 2016), os mapas cognitivos são ferramentas metacognitivas usadas como instrumentos de pensamento centrados na experiência, tornando-se úteis na definição de diretrizes estratégicas. Como referem Ferreira *et al.* (2015) e Ferreira *et al.* (2016), os mapas cognitivos ajudam a estruturar problemas complexos, sendo de uso simples, interativo e versátil. Segundo Ferreira *et al.* (2012: 260), os mapas cognitivos podem ser usados para: “(i) *promote discussion among the decision makers involved in the decision aid process*, (ii) *reduce the omission rate of important criteria* and (iii) *lead to an increasing learning based on a deeper understanding of the causal relations among criteria*”. O mapeamento cognitivo permite ainda: (1) facilitar a comunicação; (2) identificar pontos de vista individuais ou de grupo; (3) estruturar pensamentos de múltiplos intervenientes; (4) organizar o problema; (5) explorar alternativas de solução de problemas; (6) determinar diferenças e semelhanças entre pontos de vista; e (7) estabelecer relações de causa e efeito entre os pontos

de vista identificados (Eden e Ackermann, 2004; Carlucci *et al.*, 2013; Wisen *et al.*, 2013; Marttnen *et al.*, 2017; Fernandes *et al.*, 2018).

Village *et al.* (2013) descrevem o mapeamento cognitivo por etapas. Segundo os autores, o processo de construção de um mapa inicia-se, habitualmente, usando técnicas de entrevistas com perguntas (abertas ou fechadas) sobre um problema específico. De seguida, os participantes fornecem as suas percepções/conhecimentos, denominados por “conceitos”. As relações entre conceitos são identificadas através de laços de causalidade, onde um conceito leva ou influencia outro. Os conceitos são considerados “nós” e as relações entre os conceitos são consideradas “links”. Os *links* têm setas que mostram a direção de causalidade. Por conseguinte, um mapa cognitivo é uma representação das influências causais (*i.e.* causa-efeito) de situações, objetos ou sistemas mapeados (Abramova, 2016). As setas do mapa são acompanhadas por sinais de influência positivos (“+”) ou negativos (“-”); ou, ainda, por influências de pesos (*i.e.* intensidades), dependendo do tipo de relação causa-efeito entre as diferentes variáveis em estudo (*cf.* Edkins *et al.* 2007; Abramova, 2016) (ver *Figura 3*).

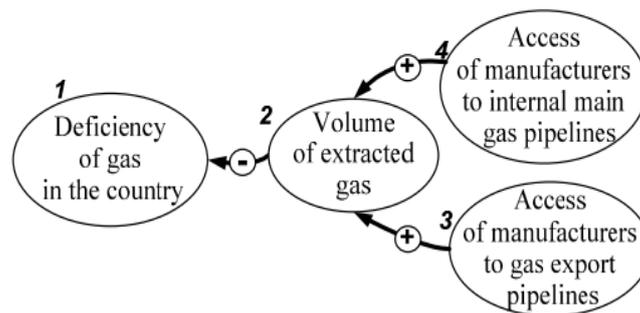


Figura 3: Exemplo de Fragmento de Mapa Cognitivo

Fonte: Abramova (2016: 587).

Conforme ilustra a *Figura 3*, este tipo de mapeamento apresenta relações de causa-efeito entre os critérios para análise da problemática em estudo. De acordo com Tegarden e Sheetz (2003), o mapeamento cognitivo é uma abordagem que tem sido usada para estudar a cognição individual e organizacional, através da captação da visão de um indivíduo, numa questão específica, ilustrada em representações gráficas, com relações entre conceitos. As construções básicas do fator e a relação entre fatores têm uma semântica formal bastante flexível, através da qual os mapas se tornam executáveis e podem simular dinâmicas de situações (Abramova, 2016).

Em suma, a cognição é importante para confirmar e redesenhar a estratégia, para gerir a complexidade e a mudança organizacional, para a tomada de decisões estratégicas e para a resolução de problemas de decisão. Os mapas cognitivos concentram-se no desafio de encontrar abordagens ilustrativas, visuais, para o processo sintético e criativo de conceituação de problemas de decisão. As representações gráficas são vistas como ferramentas de análise e representação do conhecimento (Acar e Druckenmiller, 2006). Segundo Siau e Tan (2005), existem três técnicas de mapeamento cognitivo: (1) mapeamento causal; (2) mapeamento semântico; e (3) mapeamento de conceitos. A *Tabela 5* sintetiza as principais características de cada uma destas técnicas.

	Causal Mapping	Semantic Mapping	Concept Mapping
Basic elements	Concepts expressed in single-polar or bi-polar phrase, causal relationships among concepts	A main idea and branches of sub-ideas	Concepts and labeled links
Theoretical foundations	Personal constructs theory	Mind map	Knowledge assimilation
Structure	Complex network	Tree-like structure	Complex network
Focus	Cause-effect structure of concepts	Organization of sub-ideas around the main idea	Semantics-rich links among various concepts

Tabela 5: Técnicas de Mapeamento Cognitivo

Fonte: Siau e Tan (2005: 355).

Como ilustra a *Tabela 5*, o mapeamento causal postula que um conjunto individual de perspectivas é um sistema de construções pessoais e que os indivíduos usam as suas construções pessoais para compreender e interpretar eventos (ver *Figura 4*); o mapeamento semântico, também denominado por mapeamento de ideias, é usado para explorar uma ideia sem as restrições de uma estrutura sobreposta (ver *Figura 5*); e o mapeamento de conceitos – no contexto da modelagem conceitual – é útil para comunicar ideias complexas, projetar uma estrutura complexa, ajudar a aprender integrando explicitamente conhecimentos novos e antigos e avaliar o conhecimento ou o diagnóstico de mal-entendidos (ver *Figura 6*).

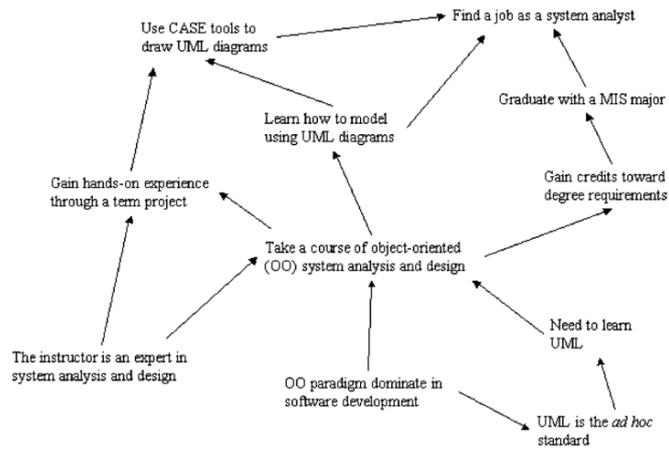


Figura 4: Exemplo de Mapa Causal

Fonte: Siau e Tan (2005: 353).

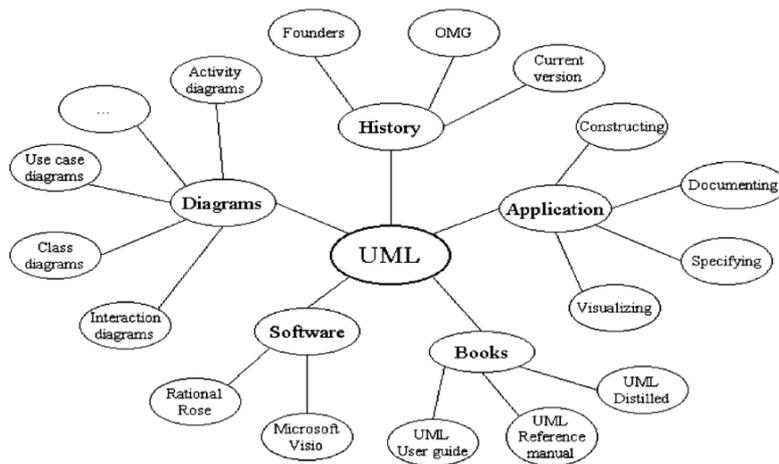


Figura 5: Exemplo de Mapa Semântico

Fonte: Siau e Tan (2005: 354).

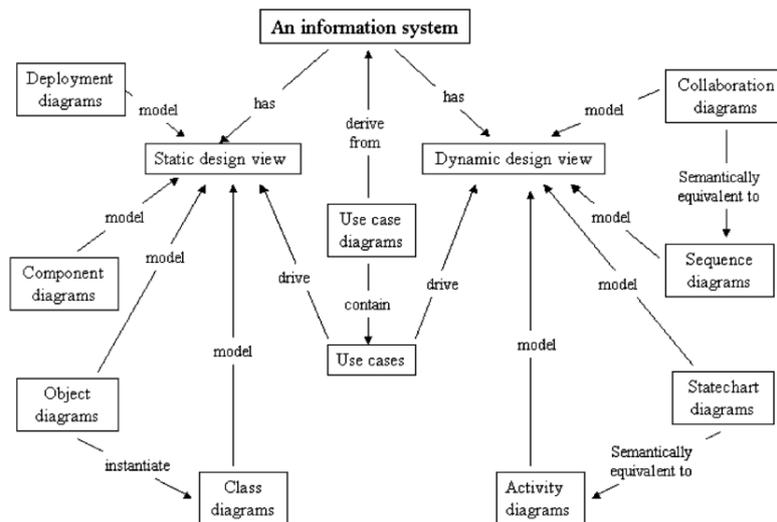


Figura 6: Exemplo de Mapa Conceptual

Fonte: Siau e Tan (2005: 355).

Em suma, de acordo com Tegarden e Sheetz (2003: 114), as várias técnicas de mapeamento cognitivo assentam em três partes principais: “(1) *eliciting concepts*, (2) *refining concepts*, and (3) *identifying relationships between concepts*”. Na prática, estas partes/fases procuram evidenciar as crenças, os valores e a experiência dos decisores, relevantes para a questão em análise (Eden e Ackermann, 2004). Edkins *et al.* (2007) reforçam esta ideia, afirmando que esta abordagem tem como função não só identificar as crenças de um indivíduo sobre um domínio específico, mas também descrevê-las esquematicamente. Sendo assim, os mapas cognitivos adquirem duas funções fundamentais: (1) função descritiva, que consiste na representação visual do problema; e (2) função de reflexão, que permite gerar novas ideias (Carlucci *et al.*, 2013; Ribeiro *et al.*, 2017). Ferreira *et al.* (2016) acrescentam ainda que o mapeamento cognitivo possui potencial para integrar valores e princípios éticos nas suas práticas.

Apesar dos vários tipos de mapas cognitivos existentes, a presente dissertação irá fazer uso de FCMs. Estes constituem uma variante dos mapas causais, porque estabelecem relações de causalidade entre as variáveis num determinado contexto.

3.2. Mapas Cognitivos Fuzzy

Segundo Kang *et al.* (2012), os FCMs – *i.e.* mapas cognitivos *fuzzy* – são extensão dos mapas cognitivos. Foram introduzidos por Kosko (1986), com base no trabalho de Axelrod, com o intuito de captar visual e logicamente as relações de causalidade entre elementos num dado problema de decisão (Hester, 2015). Este tipo de mapas são definidos por Groumos (2015: 208) como “*fuzzy structures that strongly resemble neural networks, and they have powerful and far reaching consequences as a mathematical tool for modeling dynamical complex systems*”; *i.e.*, como uma técnica de modelagem decorrente da combinação da lógica *fuzzy* e de redes neurais. Também para Carlucci *et al.* (2013: 208), “*FCM is a well-established artificial intelligence technique, incorporating ideas from artificial neural networks and fuzzy logic, which can be effectively applied in the domain of management science*”.

Esta combinação do conceito de rede neuronal com a lógica *fuzzy* permite prever, através de um sistema de *feedback* dinâmico, as alterações nas variáveis em estudo nos comportamentos e nas opiniões dos agentes de decisão (Kok, 2009; Carvalho, 2013; Jetter e Kok, 2014; Groumos, 2015). Como tal, em conformidade com Papageorgiou *et al.* (2012: 46), “*FCM is a dynamic tool because cause-effects relations and feedback mechanisms are involved*”.

Segundo Froelich e Salmeron (2017), o objetivo principal de um FCM é poder prever o resultado de um problema de decisão, permitindo que os conceitos relevantes interajam uns com os outros. Essas previsões podem ser usadas para descobrir se uma decisão é consistente com a coleção completa de afirmações causais declaradas. Por conseguinte, os FCMs consistem numa estrutura de conceitos que descrevem características comportamentais do sistema e das respetivas conexões, ilustradas graficamente. Esta representação gráfica é composta por conceitos também denominados por critérios, fatores, componentes ou variáveis, que são conectados por interações, setas ou arcos, que permitem a fácil compreensão e interpretação das relações entre os critérios, demonstrando a interatividade de conceitos e os diferentes aspetos das variáveis em estudo (Kardaras e Mentzas, 1997; Kang *et al.*, 2012; Groumos, 2015; Ziv *et al.*, 2018). Os conceitos representam características do sistema e são conectados por uma rede de interações (Ziv *et al.*, 2018). Estes podem ser estados, entradas, saídas, variáveis, eventos, ações, metas ou tendências do sistema. As setas indicam conexões ponderadas e representam relações causais (*i.e.* causa-efeito) existentes entre os conceitos considerados na estrutura cognitiva (Kang *et al.*, 2012). A *Figura 7* ilustra, a título de exemplo, um FCM constituído por seis conceitos C_i ($i = 1, \dots, 6$).

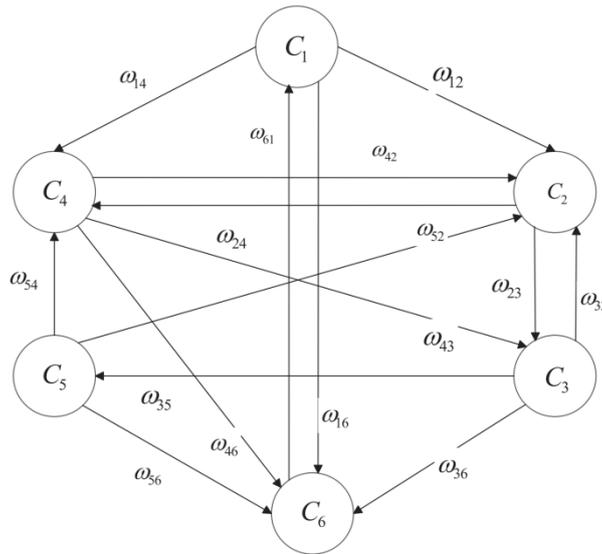


Figura 7: Estrutura de um Mapa Cognitivo Fuzzy

Fonte: Kang et al. (2012: 78).

Através da *Figura 4*, é possível constatar que as interações nos FCMs têm uma direção e um peso, refletindo a natureza da relação entre dois conceitos (Ziv et al., 2018). Em conformidade, Froelich e Salmeron (2017) afirmam que as ligações dos FCMs são rotuladas por pesos que refletem os pontos fortes das relações entre os conceitos. Os FCMs são, deste modo, uma ferramenta semi-quantitativa, visto que a quantificação das relações de causalidade entre os critérios pode ser realizada e interpretada em termos relativos (Stylios e Groumpos, 2007); *i.e.*, o peso w_{ij} varia no intervalo $[-1, 1]$ e representa a relação causal entre o conceito i e o conceito j (Kang et al., 2012).

Face ao exposto, são definidas duas características fundamentais dos FCMs: (1) o sistema é dinâmico, significando isto que envolve interações de *feedback* entre os critérios, sendo possível considerar o aspeto temporal na estrutura de tomada de decisão através de uma série de interações entre conceitos relacionados (ver *Figura 8*); e (2) as relações de causa e efeito entre conceitos/critérios seguem uma lógica *fuzzified* (*i.e.* a relação entre dois critérios diferentes é representada por um sinal de causalidade positiva ou negativa e pelo grau de intensidade ou influência da relação que varia entre -1 a 1) (*cf.* Carlucci et al., 2013) (ver *Figura 9*).

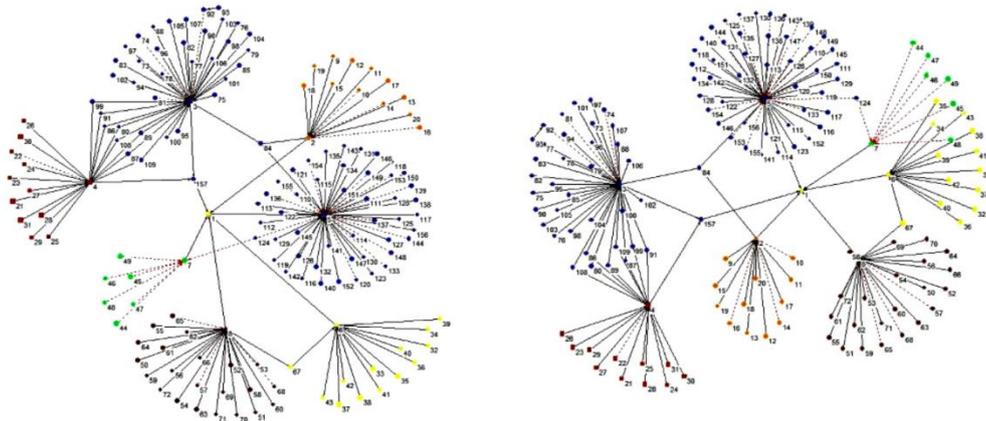


Figura 8: Interações entre Critérios

Fonte: Ferreira e Jalali (2015: 241).

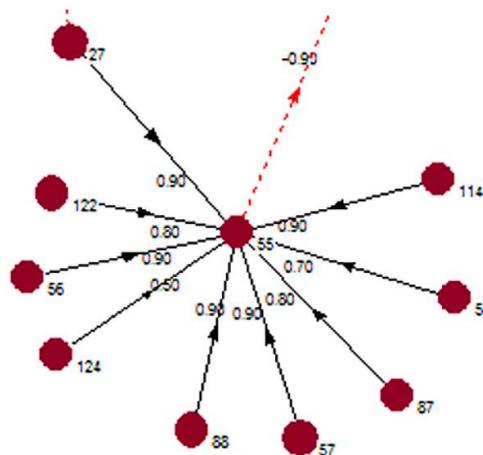


Figura 9: Exemplo de Quantificação da Intensidade de Relação entre Critérios

Fonte: Ferreira (2016: 137).

As relações causais entre critérios/conceitos podem ter três tipos de interações: (1) $w_{ij} > 0$, que indica uma causalidade positiva, ou seja, um aumento/diminuição do valor de C_i leva a um aumento/diminuição do valor de C_j , respectivamente; (2) $w_{ij} < 0$, que indica uma causalidade negativa, onde um aumento/diminuição do valor de C_i provoca a uma diminuição/aumento do valor de C_j ; e (3) $w_{ij} = 0$, que indica que não há relação causal entre C_i e C_j , ou seja, não há influência entre os conceitos (*cf.* Kang *et al.* 2012; Groumos, 2015). Quanto maior o valor absoluto de w_{ij} , mais forte será a influência de C_i para C_j , de forma direta (causalidade positiva) ou inversa (causalidade negativa) (Groumos, 2015). Podemos, por isso, concluir que os FCMs têm uma fundamentação matemática.

De acordo com Kang *et al.* (2012) e Groumpos (2015), o valor de cada conceito é calculado levando em consideração a influência de outros conceitos e o próprio conceito em si. Toda e qualquer interação realizada num FCM traduz um efeito de mudança, que pode ser calculado através da fórmula matemática (1).

$$A_i^{(t+1)} = f \left(A_i^{(t)} + \sum_{\substack{j=1 \\ j \neq i}}^n A_j^{(t)} \cdot w_{ji} \right) \quad (1)$$

Analisando a fórmula mais detalhadamente, $A_i^{(t+1)}$ é o valor do conceito C_i no momento $t+1$; f é a função de ativação; $A_j^{(t)}$ é o valor do conceito C_j no momento t ; e w_{ji} é o peso da relação causal entre os conceitos C_j e C_i (Mazlack, 2009; Kang *et al.*, 2012; Groumpos, 2015; Ferreira, 2016). A função f pode assumir quatro formas: (1) função binária; (2) função trivalente; (3) função sigmoide; e (4) função tangente hiperbólica (Tsadiras, 2008; Hester, 2015; Azevedo e Ferreira, 2017). De acordo com Tsadiras (2008), os FCMs binários e trivalentes são essenciais para problemas qualitativos, onde é necessário expor o aumento, diminuição e estabilidade dos conceitos. As funções sigmoides são essenciais para problemas quantitativos e qualitativos, representando o grau de aumento, diminuição e estabilidade dos conceitos, assim como para planejamento estratégico no âmbito da realização e análise de cenários. A função tangente hiperbólica assume uma função similar à função sigmoide, sendo a sua utilização diferenciada apenas pela capacidade semântica dos conceitos – o *vetor de estado* (Glykas, 2013).

Segundo Papageorgiou e Stylios (2008), Mazlack (2009) e Carlucci *et al.* (2013), existe um *vetor de estado* $n \times 1$, que inclui os valores de n critérios; e uma matriz-peso W de $n \times n$ (também conhecido como *matriz adjacente* ou *matriz de ligação*), que agrupa os pesos w_{ij} das interligações entre os n critérios do FCM. Apesar dos valores da diagonal principal poderem ser diferentes de zero, esta matriz em regra apresenta todas as entradas da diagonal principal igual a zero, pois assume que nenhuma variável se causa a si própria. O valor de cada critério é influenciado pelos valores dos critérios interligados e pelo seu valor anterior. Froelich e Salmeron (2017) acrescentam ainda que a influência de múltiplos conceitos num conceito alvo é agregada e transformada, geralmente, por uma função de transferência não-linear. Por esse motivo, os FCMs são modelos não-lineares.

Importa salientar que o novo vetor criado revela o efeito da mudança no valor dos critérios. Citando Mazlack (2009: 6), “*the new state vector A_{new} is computed by multiplying the*

previous state vector A_{old} by the weight matrix W ". Ou seja, o impacto global de uma mudança no valor de um critério pode ser dado por A_{new} . Como referem Carlucci *et al.* (2013: 213), "the resulting transformed vector is then repeatedly multiplied by the adjacency matrix and transformed until the system converges to a fixed point. Typically it converges in less than 30 simulation time steps". A Figura 10 exemplifica os pontos de estabilização e de convergência num FCM.

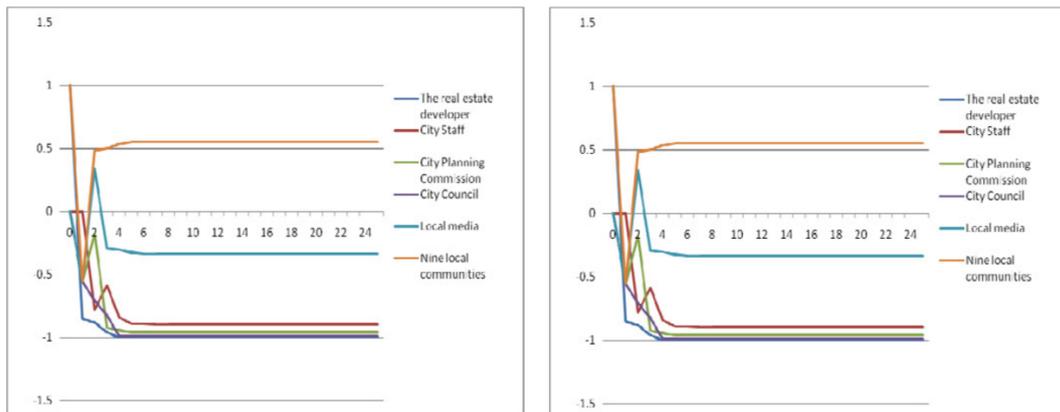


Figura 10: Pontos de Estabilização e Convergência

Fonte: Hester (2015: 96).

No final das simulações, é possível obter uma classificação de conceitos e verificar como o problema é compreendido na lógica do FCM criado, assim como através do *ranking* de critérios, que dá uma ideia da "força de impacto" das variáveis (*cf.* Ferreira e Jalali, 2015; Ferreira, 2016). Esta análise permite também formular questões do tipo "what-if". Ou seja, saber qual o impacto, em termos de decisão, resultante da alteração ou exclusão de alguns conceitos, ou até mesmo da inclusão de novas variáveis (Carvalho, 2013; Ferreira e Jalali, 2015; Ferreira, 2016).

Podemos concluir, em termos práticos, que o mapeamento cognitivo *fuzzy* é constituído por três etapas: (1) identificação de conceitos; (2) identificação de relacionamentos causais; e (3) agregação de intensidades (Zhang *et al.*, 2017). A Figura 11 ilustra a abordagem sequencial desta abordagem.

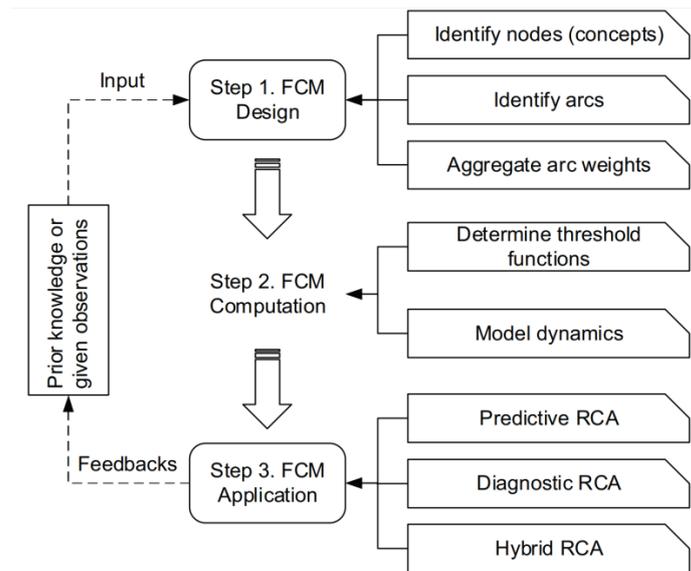


Figura 11: Etapas da Abordagem dos Mapas Cognitivos Fuzzy

Fonte: Zhang et al. (2017: 237).

Segundo Gavrilova *et al.* (2013), embora os mapas cognitivos estejam tipicamente dependentes do grau de envolvimento dos participantes, estes facilitam a representação e a comunicação de experiências, apoiam a identificação e a interpretação de informação, facilitam a consulta e a codificação de conhecimento e estimulam associações mentais. Como refere Ferreira (2016: 132), *“this makes them [FCMs] very useful within decision making frameworks, allowing decision makers to deal with a simple and extremely versatile decision support tool. Indeed, cognitive maps boost discussion among decision makers, allowing the rate of omitted decision criteria to be reduced, and significantly improving the understanding of decision situations”*.

Em suma, os FCMs constituem uma ferramenta útil que permite a quantificação da experiência e conhecimento do funcionamento e comportamento de sistemas complexos (Kang *et al.*, 2012; Papageorgiou *et al.*, 2012; Carlucci *et al.*, 2013; Groumos, 2015). Em conformidade, Ziv *et al.* (2018) afirmam que o mapeamento cognitivo *fuzzy* é uma abordagem simples usada para extrair modelos mentais de pessoas que possuem várias formas de conhecimento sobre as interações causais de um sistema específico. Os FCMs expressam, assim, uma maneira de representar os sistemas dinâmicos do mundo real, numa configuração que corresponde, de perto, à forma como os humanos o percebem (Papageorgiou *et al.*, 2011). Contudo, apesar características mencionadas, existem algumas limitações associadas a

esta abordagem metodológica. No próximo ponto serão apresentadas, com algum detalhe, as vantagens e limitações dos FCM.

3.3. Vantagens e Limitações do Mapeamento Cognitivo *Fuzzy*

De acordo com Groumpos (2015: 208), “*FCMs, have strong and weak points. They are flexible, adaptable and they can model very well semi-structured or unstructured knowledge*”. Em consonância, Ferreira e Jalali (2015: 237) afirmam que “*these maps [...] are usually regarded as simple, interactive and versatile. They boost discussion among the participants, allow the number of omitted criteria to be reduced, increase transparency and so significantly improve understanding of the decision problem*”. Podemos, então, identificar as seguintes características: (1) simplicidade; (2) adaptabilidade; (3) interatividade; (4) versatilidade; (5) informação clara; (6) compreensão fácil, rápida e intuitiva; e (7) base de discussão, *feedback* e interatividade com e entre os agentes envolvidos. Na prática, estas características permitem que a aplicação dos FCMs seja feita em diversas áreas de conhecimento e em estudos de natureza muito diferente. Destacam-se, a título de exemplo, as áreas de ecologia, engenharia, medicina e ciências políticas (Groumpos, 2015; Ziv *et al.*, 2018), sector bancário (*e.g.* Azevedo e Ferreira, 2017; Ferreira *et al.*, 2017), sector imobiliário (*e.g.* Ferreira e Jalali, 2015; Ferreira, 2016; Ribeiro *et al.*, 2017) e inteligência artificial (*e.g.* Salmeron, 2012). Outra característica fundamental, segundo Ferreira (2016), é a flexibilidade dos FCMs, sendo uma ferramenta que permite, em qualquer momento, integrar nova informação e promover uma melhoria contínua do sistema.

Salmeron (2012) acrescenta que os FCMs oferecem excelentes mecanismos para desenvolver exercícios de previsão, especialmente através de análises “*what-if*”. Em conformidade, Ferreira e Jalali (2015) e Ferreira (2016) referem ainda que este tipo de análise permite averiguar o impacto de uma alteração no sistema global, tanto a nível de conceitos como no peso da intensidade de relação de causalidade.

Para além de ser uma abordagem útil para facilitar a discussão entre partes interessadas, a análise semi-quantitativa da dinâmica do sistema fornece uma oportunidade para realizar análises de cenários futuros (Ziv *et al.*, 2018). Por conseguinte, Wu *et al.* (2017) consideram que uma vantagem atribuída ao mapeamento cognitivo *fuzzy* consiste em ser adequado para análises quantitativas e qualitativas, fundamentado pela sua forte base matemática. Por fim, Ahmad e Ali (2003) e Kok (2009) atribuem mais algumas vantagens à abordagem FCM, tais

como: (1) possibilidade de gerir grandes quantidades de informação; (2) trabalhar com critérios que nem sempre podem ser definidos; (3) utilizar pressupostos definidos previamente; e (4) não delimitar a criatividade.

Não obstante, existem limitações ao mapeamento cognitivo *fuzzy*, nomeadamente: (1) falta de capacidade para lidar com informações incertas; (2) falta de capacidade para agregar as informações de diferentes fontes; (3) tamanho do mapa – quanto maior for, mais difícil se torna a sua leitura e interpretação; (4) tempo de construção; (5) valores de análise atribuídos por estimativas matemáticas produzidas e não por valores reais; (6) complexidade das relações causais, que torna o processo de análise difícil; e (7) dependência do conhecimento dos intervenientes (Carlsson e Fuller, 1996; Kim e Lee, 1998; Ahmad e Ali, 2003; Edkins *et al.*, 2007; Kok, 2009; Kang *et al.*, 2012; Groumpos, 2015). Carvalho (2013) acrescenta ainda, como limitação, que este tipo de mapeamento é baseado no conhecimento, realidade e crenças dos decisores. Contudo, esse risco é minimizado ao elegermos especialistas para a construção e validação do sistema, sendo o conhecimento destes agentes visto como crucial para evitar equívocos e possíveis falhas de interpretação do problema (Carlsson e Fuller, 1996; Edkins *et al.*, 2007; Kok, 2009). Deste modo, conclui-se que “*cognitive mapping may effectively overcome some human cognitive limitations and biases*” (Siau e Tan, 2005: 361).

Apesar da existência de algumas limitações dos FCMs, predominantemente do foro prático e metodológico, estes conseguem colmatar algumas das limitações encontradas nos modelos de avaliação de práticas éticas anteriormente referidos. Por conseguinte, no próximo capítulo será desenvolvido um FCM para análise dinâmica das práticas éticas nos SPS.

Este terceiro capítulo destinou-se ao enquadramento da metodologia adotada no âmbito da presente dissertação. Como tal, numa primeira parte, procedeu-se à definição e identificação de métodos de estruturação de problemas. Estes são eventos complexos que não podem ser entendidos apenas por métodos convencionais. Foram identificadas oito abordagens de métodos de estruturação de problemas, nomeadamente: (1) mapas cognitivos; (2) DPSIR; (3) planeamento por cenários; (4) metodologia *soft systems*; (5) análise de *stakeholders*; (6) abordagem da escolha estratégica; (7) SODA; e (8) SWOT. O mapeamento cognitivo, caracterizado por modelos mentais utilizados pelos indivíduos, permite: (1) identificar pontos de vista individuais ou de grupo; (2) explorar alternativas de solução de problemas; (3) determinar diferenças e semelhanças entre pontos de vista; e (4) estabelecer relações de causa e efeito entre os pontos de vista identificados. Os mapas cognitivos são o resultado do mapeamento cognitivo, sendo o seu principal objetivo estruturar e organizar um conjunto de informação dispersa, através de relações causa-efeito, tornando-se, por isso, numa ferramenta útil na estruturação detalhada de problemas complexos, na análise dos problemas com elevado nível de informação e, conseqüentemente, no apoio à tomada de decisão. Em particular, esta constatação verifica-se porque os mapas: (1) são multifacetados e de fácil compreensão; (2) permitem obter uma imagem próxima da realidade; (3) são moldáveis ao tipo de problemas; e (4) são construídos em função das necessidades de cada grupo. Os FCMs são uma tipologia dos mapas cognitivos. Estes integram aspetos da lógica difusa e das redes neurais, justificando a sua popularidade por serem próximos do raciocínio humano. Na prática, são estruturas gráficas construídas usando dois tipos de elementos: (1) conceitos; e (2) relação causais entre variáveis. A sua simplicidade, interatividade, versatilidade e adaptabilidade são suportadas pela sua base matemática, que permite que sejam aplicados nas mais diversas áreas do conhecimento. Este tipo de mapeamento contribui, também, para promover a comunicação e a discussão grupal, pois assenta no conhecimento humano e obedece aos critérios e crenças subjetivas dos decisores em relação à problemática em análise. O conhecimento dos intervenientes torna-se, por isso, crucial para evitar equívocos e possíveis falhas de interpretação. Por conseguinte, este tipo de mapas passou a ocupar uma posição de relevo no âmbito do planeamento estratégico, da gestão e da melhoria dos sistemas internos. Contudo, os FCMs, como qualquer outra metodologia, não estão isentos de limitações. Em particular destacam-se as dificuldades de cariz prático, formulação e manuseamento. O próximo capítulo dará início à componente empírica do estudo.

Este capítulo apresenta a componente empírica do presente estudo, em que será descrita a forma como foram aplicadas as técnicas de mapeamento cognitivo que suportaram o desenvolvimento de um FCM. Esta ferramenta tem como objetivo obter a visão clara e lógica das práticas éticas no SNS, possibilitando a análise de cenários que apoiem a tomada de decisão. Para tal, serão abordados, neste capítulo, os seguintes pontos: (1) definição do problema de decisão e descrição da estruturação do problema; (2) construção do mapa cognitivo de base ao FCM; (3) definição das intensidades das relações causais; (4) análise das práticas éticas no sector da saúde; e (5) validação do modelo, identificação das limitações do processo e recomendações para futuros estudos.

4.1. Definição da Problemática de Decisão

A presente dissertação tem como objetivo criar um FCM, que permita analisar as práticas éticas nos SPS de forma dinâmica. A construção do modelo decorreu ao longo de quatro fases, que se materializaram nos seguintes passos: (1) identificar os critérios de avaliação; (2) criar um modelo de mapeamento cognitivo através da participação direta de profissionais especialistas; (3) validar o modelo concebido, junto do painel de decisores; e (4) analisar a centralidade e as relações dinâmicas entre os critérios identificados.

A fase de estruturação do problema, segundo Belton e Stewart (2002) e Montibeller *et al.* (2008), é a mais importante do processo de apoio à decisão. A resolução da problemática em estudo, passa pela elaboração de FCM, de forma a identificar, hierarquizar e analisar os critérios que permitem melhorar as práticas éticas no sector da saúde. Para a aplicação desta técnica de cartografia cognitiva foi necessária a criação de um painel de especialistas – *i.e.* *decisores* com *know-how* especializado na área em estudo (*cf.* Stylios e Groumpos, 2007).

Segundo Eden e Ackermann (2004) e Ribeiro *et al.* (2017), o grupo deve ter entre seis a dez elementos. Neste caso em particular, o painel foi constituído por sete elementos, com idades compreendidas entre os 33 e os 69 anos, oriundos de diversas áreas de especialização (*i.e.* médicos, enfermeiros, técnicos de radiologia e fisioterapeutas) e com diferentes funções e

responsabilidade em termos de tomada de decisão (*i.e.* elementos com cargos de chefia e de prestação de cuidados diretos distintos). Estes fatores de seleção permitiram garantir uma perspectiva holística da problemática em estudo (ver Belton *et al.*, 1997).

A aplicação das técnicas de mapeamento cognitivo pressupõem a reunião do grupo, em sessões presenciais conduzidas por facilitadores/investigadores. De acordo com Ferreira (2016), o papel dos facilitadores é o de apoiar o processo de negociação e orientar os procedimentos de construção do modelo. As sessões tiveram uma duração média de 4.5 horas e contaram com a presença de dois facilitadores. Na primeira sessão, procedeu-se à elaboração da estrutura do mapa cognitivo de base, através da identificação, organização e hierarquização dos determinantes de práticas éticas nos SPS em *clusters*. Na segunda sessão, procedeu-se à definição e atribuição de graus de intensidade às relações de causalidade entre os determinantes identificados. Adicionalmente, foi realizada uma sessão de validação do modelo concebido, para consolidação dos resultados obtidos, com uma especialista que não participou nas sessões anteriores (*i.e.* um decisor neutro ao processo). No próximo ponto será descrito o processo de elaboração do mapa cognitivo de base.

4.2. Elaboração do Mapa Cognitivo de Base

O processo de construção do mapa cognitivo foi pautado por três fases: (1) identificação dos critérios de análise das dinâmicas de ética nos SPS; (2) agrupamento dos critérios em *clusters*; e (3) hierarquização dos critérios em cada *cluster*. A construção do mapa cognitivo de base corresponde, numa lógica temporal, à realização da primeira sessão de grupo com o painel de decisores. Desta forma, a primeira sessão iniciou-se com uma breve introdução, tendo sido apresentado o objetivo principal do estudo, a metodologia a ser aplicada, o propósito de cada sessão e a forma como o processo iria decorrer.

Segundo Ferreira (2016), o desenvolvimento de um FCM inicia-se com uma *trigger question* apresentada pelo facilitador ao painel de decisores, de forma a promover a discussão entre os membros do painel. Tegarden e Sheetz (2003) reforçam que a colocação desta questão inicial tem como objetivo a reflexão, por parte dos decisores, sobre o problema apresentado. Assim, foi apresentada ao grupo a seguinte *trigger question*: “Com base nos seus valores e experiência profissional, quais são [ou devem ser] os determinantes de conduta ética nos SPS?”.

A identificação dos determinantes (variáveis) foi feita através da aplicação da “técnica dos *post-its*” (cf. Ackermann e Eden, 2001), que consiste em escrever em *post-its* os critérios que, na perspectiva de cada decisor, são relevantes na problemática em estudo e dispô-los num quadro de determinantes, para visualização ao longo da sessão. Em cada *post-it* deve ser escrito apenas um critério, sendo que o mesmo deve ser assinalado com sinal negativo (–) se a relação de causalidade tiver um impacto negativo (cf. Azevedo e Ferreira, 2017). Numa segunda fase, após a identificação das variáveis relevantes para a análise das dinâmicas de ética na saúde, procedeu-se ao agrupamento dos *post-its* em cinco *clusters*: (1) *Perfil do Profissional*; (2) *Administração*; (3) *Relações de Equipas*; (4) *Fatores Externos*; e (5) *Equipamento e Processos*. Por fim, para cada um daqueles *clusters*, os decisores foram convidados a hierarquizar as variáveis, por ordem decrescente de relevância (*i.e.* as mais importantes foram colocadas no topo do respetivo *cluster* e as menos relevantes na base). A *Figura 12* ilustra a participação do painel de decisores nas diferentes fases do processo de construção da estrutura base do FCM.



Figura 12: Instantâneos da Primeira Sessão de Grupo

Este processo de discussão coletiva permitiu, numa fase posterior, desenvolver uma estrutura cognitiva que serviu de base para a construção de um FCM relativo às práticas éticas no sector da saúde. A *Figura 13* apresenta a versão final do mapa, a qual foi desenvolvida com recurso ao *software Decision Explorer* (www.banxia.com) e validada pelo painel de decisores no início da segunda sessão de trabalho em grupo.

Através da *Figura 13*, é possível constatar que o mapa cognitivo desenvolvido apresenta 152 conceitos relativos às práticas éticas nos SPS, sendo o conceito *head* – *Ética nos Serviços Públicos de Saúde* – aquele que corresponde ao objetivo do estudo. No canto superior direito da *Figura 13*, apresenta-se o *close-up* dos critérios estratégicos definidos na sessão. Segundo Eden e Ackermann (2004), um mapa cognitivo deve conter entre 90 a 120 nodos. Desta forma, a estrutura cognitiva obtida é robusta relativamente ao número de conceitos que a constituem. De acordo com Ferreira (2016), o volume de informação expressa no mapa permite uma visão holística do problema de decisão e a compreensão das relações causais entre os critérios. No próximo ponto será descrito e integrado o tipo de relações causais difusas verificado entre as variáveis, com o intuito de obter um FCM.

4.3. Definição e Mensuração das Dinâmicas Causais Difusas

A transformação da estrutura cognitiva de base num FCM ocorre através da quantificação da intensidade das relações de causalidade. Segundo Kosko (1986) e Ferreira (2016), a atribuição de um valor às relações de causalidade – *i.e.* quantificação difusa – permite representar o sistema de uma forma mais real e dinâmica. De acordo com Carvalho (2013), as relações causais indicam a forma mais comum de relações entre critérios. Neste sentido, foi pedido ao painel de decisores que, no decurso da segunda sessão de trabalho, fosse identificado um grau de intensidade para cada relação de causalidade (*i.e.* seta na estrutura cognitiva). Este processo teve por base o intervalo de $[-1; 1]$, sendo que o intervalo $[-1; 0[$ deveria ser atribuído às relações de causalidade identificadas por critérios negativos, enquanto o intervalo $]0; 1]$ seria dirigido às relações causais de critérios positivos. O valor atribuído representa o grau de influência que o conceito-*causa* teria no conceito-*efeito*.

O processo de definição das intensidades das relações causais foi feito através de diálogo e negociação coletiva entre decisores, fatores-chave essenciais neste processo, uma vez que a intensidade das relações tem de ser aceite de forma consensual pelos elementos do grupo. Neste ponto, ocorreram algumas discordâncias no grupo, justificadas pela sua heterogeneidade. A *Figura 14* apresenta alguns momentos da segunda sessão de trabalho.



Figura 14: Instantâneos da Segunda Sessão de Grupo

Em conformidade com Kok (2009), a cartografia cognitiva difusa tem por base uma perspectiva construtivista. Esta perspectiva enfatiza o processo e promove a aprendizagem e o conhecimento do problema através do diálogo, assim como a negociação e a partilha de experiências entre os decisores.

Após a atribuição de graus de intensidade às relações de causalidade, foi possível construir um FCM com recurso ao *FCMapper* (www.fcappers.net) e ao *Pajek* (mrvar.fdv.uni-lj.si/pajek) (ver *Figura 15*).

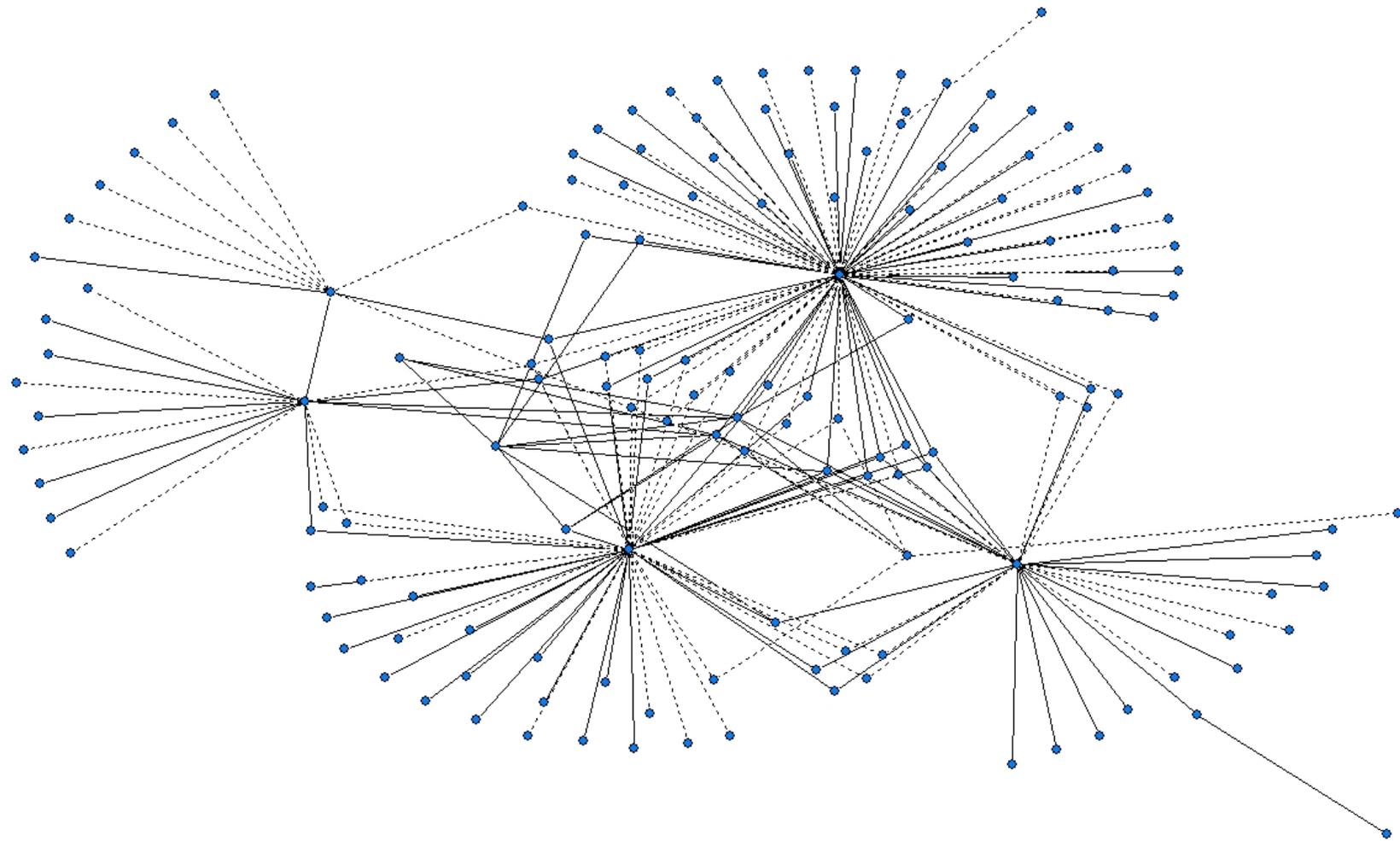


Figura 15: Estrutura de Base do Mapa Cognitivo *Fuzzy* das Práticas Éticas no Sector da Saúde

A *Figura 15* apresenta os 152 determinantes da análise das práticas éticas nos SPS definidos pelo painel de decisores, sendo que as setas pretas representam as relações de causalidade positiva e as setas a tracejado representam as relações causais negativas. Através da *Figura 16* observa-se, a título de exemplo, a quantificação das intensidades das relações de causalidade de um *cluster*. Os valores são decimais.

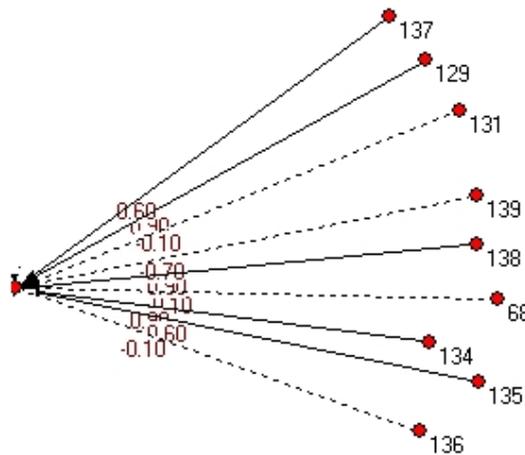


Figura 16: Análise de Graus de Intensidade de Cluster

De acordo com Carvalho (2013), após a sua construção, o FCM pode ser usado para modelar e simular o comportamento do sistema. Neste sentido, será feita, no ponto seguinte, a análise dos principais determinantes que influenciam as dinâmicas das práticas éticas nos SPS.

4.4. Simulação e Análise Dinâmica das Práticas Éticas no Sector da Saúde

Segundo Tsadiras (2008), a análise do FCM permite identificar os fatores com maior impacto e prever possíveis cenários através da variação do grau de intensidade ou de importância dos critérios ou determinantes do problema em estudo. Por conseguinte, é possível analisar um FCM de forma estática e dinâmica (*cf.* Ferreira, 2016).

Na análise estática – *i.e.* os valores de intensidade ou importância dos determinantes não são alterados – procede-se à análise do grau de centralidade das variáveis. A centralidade é o indicador que resulta da soma dos pesos dos graus de intensidade das relações de causalidade entre os critérios em estudo (*i.e.* *outdegree* e *indegree*). De acordo com Azevedo e Ferreira

(2017), a centralidade indica o grau de importância que um critério tem no sistema representado pelo FCM, sendo, por isso, um dos indicadores mais importantes na análise. Assim, quanto maior for a centralidade do critério, maior a importância do mesmo. A *Tabela 6* apresenta os critérios/determinantes que, na ótica do painel de decisores, têm maior importância nas práticas éticas nos SPS.

Critérios/Determinantes	<i>Outdegree</i>	<i>Indegree</i>	Centralidade
Perfil do Profissional	1.80	39.50	41.30
Administração	1.80	32.50	34.30
Relações de Equipas	0.90	15.70	16.60
Fatores Externos	0.60	8.50	9.10
Princípio da Equidade	2.00	5.00	7.00
Respeito	1.00	5.80	6.80

Tabela 6: Grau de Centralidade dos Critérios mais Importantes das Práticas Éticas nos SPS

De acordo com a *Tabela 6*, os critérios com maior centralidade são: *Perfil do Profissional* (41.30); *Administração* (34.30) e *Relações de Equipas* (16.60). Os critérios designados de *Fatores Externos* (9.10); *Princípio da Equidade* (7.00); e *Respeito* (6.80) são, por ordem decrescente, os de menor centralidade entre aqueles que ocupam o topo da hierarquia. No *Apêndice I* são apresentados os graus de centralidade de todos os critérios do FCM para o problema em estudo.

Conclui-se que os critérios com maior centralidade correspondem a quatro dos cinco *clusters* definidos na primeira sessão de grupo com os decisores. O *cluster Perfil do Profissional* descreve as características fundamentais dos profissionais de saúde para uma adequada prática ética; a *Administração* engloba as regras e procedimentos organizacionais adotados nos SPS e que têm impacto na prática ética nessas instituições; as *Relações de Equipas* dizem respeito às características relacionais de trabalho que promovem as boas práticas éticas; e os *Fatores Externos* referem-se aos elementos físicos e aos processos políticos, humanos e sociais necessários. O *Princípio de Equidade* e *Respeito* são critérios-chave transversais a todos os *clusters*, estando em conformidade com a revisão da literatura, efetuada no *Capítulo 3*.

A análise dinâmica de um FCM centra-se na avaliação do comportamento do sistema quando são alteradas as relações de causa-efeito entre os conceitos. Esta análise possibilita a avaliação de diferentes cenários (Yaman e Polat, 2009). Para tal, recorreu-se ao *software Mental*

Modeler (www.mentalmodeler.org), que permitiu a realização de cenários “*what-if*” e, conseqüentemente, a observação do impacto das variações no sistema. Na prática, esta análise dinâmica seguiu duas fases: (1) ao nível do *cluster* (i.e. *inter-cluster*), observando o impacto nos critérios *Princípio da Equidade* e *Respeitar a Verdade*; e (2) ao nível *intra-cluster*, tendo-se analisado os efeitos da variação de critérios no respetivo *cluster*.

Na análise ao nível dos *clusters* (i.e. *inter-cluster*), foi analisado o impacto da variação dos critérios mais relevantes incluídos no mapa cognitivo – *Princípio da Equidade* e *Respeitar a Verdade* –, visto que, na opinião do painel de decisores, são conceitos transversais a todos os *clusters* (i.e. *Perfil do Profissional*, *Administração*, *Relações de Equipas*, *Fatores Externos* e *Equipamentos e Processos*). Para o efeito, efetuaram-se variações singulares de -0.50, 0.75 e 1.00 em cada um dos *clusters*, com o objetivo de observar os efeitos nos critérios *core* (i.e. *Princípio da Equidade* e *Respeitar a Verdade*). Os resultados são apresentados nas *Figuras 17*, *18* e *19*.

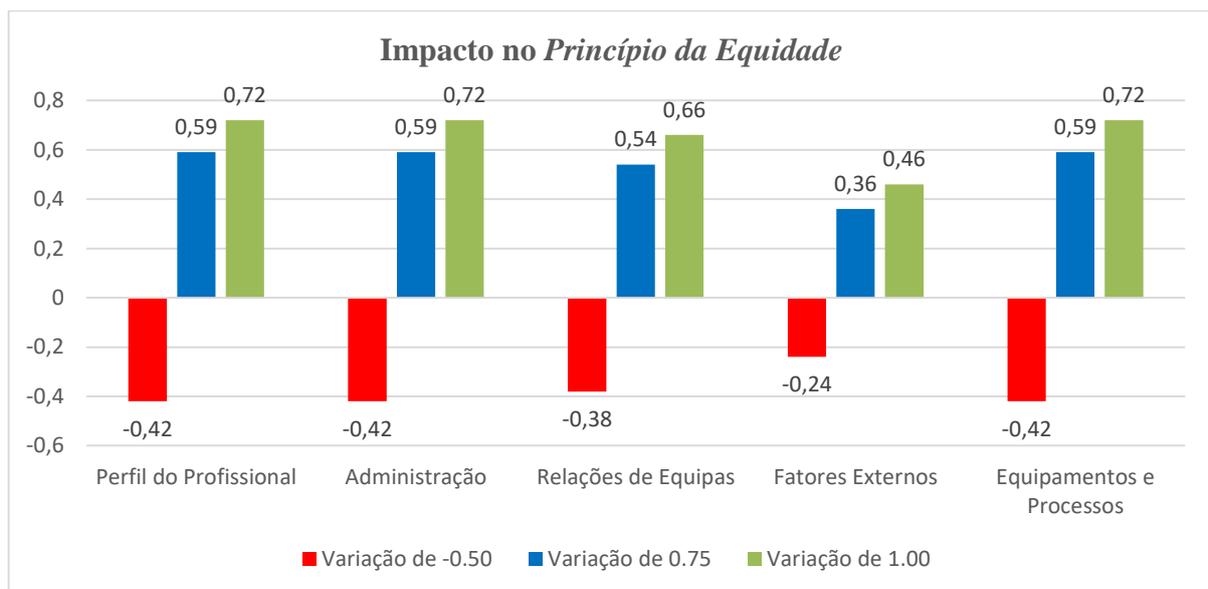


Figura 17: Impacto das Variações de cada Cluster no Princípio da Equidade

Analisando o impacto no critério *Princípio da Equidade*, expresso na *Figura 17*, verifica-se que, quando se aplica uma variação positiva de 0.75 ou de 1.00, há três *clusters* (i.e. *Perfil do Profissional*, *Administração* e *Equipamentos e Processos*) que apresentam um valor mais elevado, algo que indicia que, quanto maior for o princípio da equidade, maior influência terão estes três *clusters* nas práticas éticas nos SPS. De forma mais detalhada, observa-se que variações de 0.75 e 1.0 provocaram aumentos de 0.59 e 0.72, respetivamente, no *Princípio da*

Equidade. Quando a variação de cada *cluster* é de -0.5, conclui-se que o *Princípio da Equidade* também diminui, com graus de variação situadas num intervalo de -0.24 a -0.42, com maior impacto em termos de *Perfil do Profissional*, *Administração e Equipamentos e Processos*. O determinante *Fatores Externos* é o que regista o menor impacto (-0.24, 0.36 e 0.46, respetivamente) (cf. *Figura 17*). Contudo, todos os *clusters* são afetados, levando a depreender que, quando menor for a *Equidade* mais a prática ética nos SPS fica comprometida. Na *Figura 18* observa-se o impacto no princípio *Respeitar a Verdade*, decorrente de simulações no grau de importância atribuído aos diferentes *clusters*.

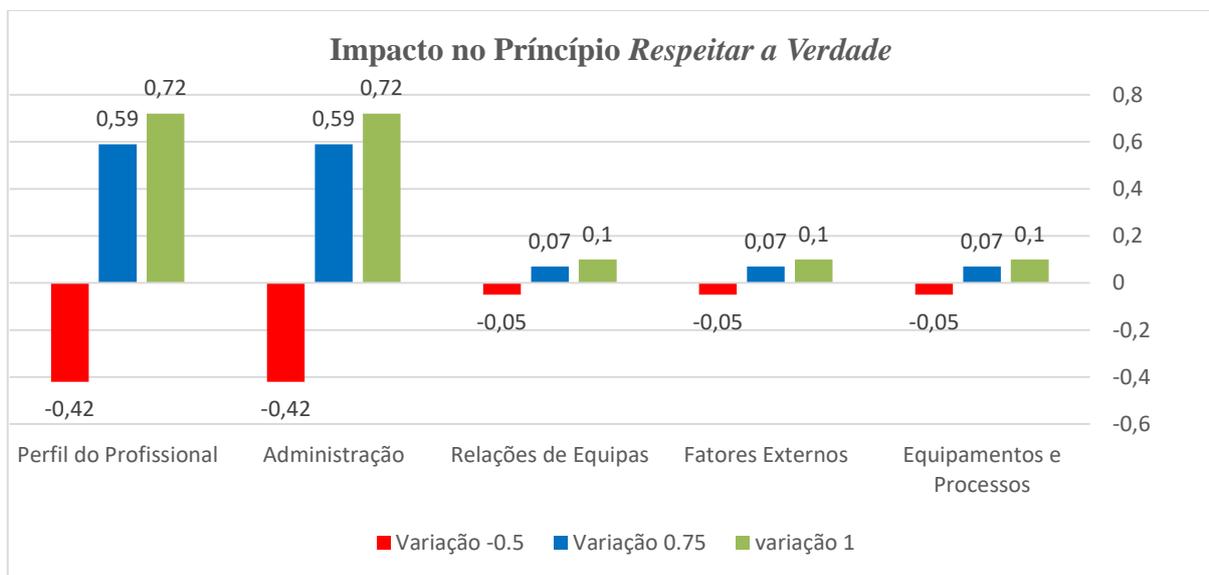


Figura 18: Impacto das Variações de cada Cluster no Respeito pela Verdade

Com efeito, destacam-se os impactos significativos dos critérios *Perfil do Profissional* e *Administração* quando comparados com os impactos das *Relações de Equipas*, dos *Fatores Externos* e dos *Equipamentos e Processos*. Este facto decorre dos graus de intensidade atribuídos pelos decisores (0.9 nos dois primeiros *clusters* e 0.1 nos restantes). Variações de 0.75 e 1.00 no *Perfil do Profissional* e na *Administração* provocaram um efeito no princípio *Respeitar a Verdade* de 0.59 e 0.72, respetivamente.

Em síntese, a análise *inter-clusters* permite identificar quais os *clusters* que provocam mais oscilações no sistema. Quando existe uma variação de 0.75 e 1.00, os determinantes *Perfil do Profissional* e *Administração* causam igual impacto (de 0.59 e 0.72) no *Princípio da Equidade* e *Respeito pela Verdade*. Isto significa que aumenta a importância destes *clusters* na

prática ética nos SPS, levando-nos a afirmar que, quanto maior for a força e presença destes critérios na ética no SPS, maior será a valorização das práticas éticas nos SPS.

Na análise dinâmica *intra-cluster*, foram selecionados aleatoriamente quatro critérios/determinantes de cada *cluster*, os quais foram sujeitos a variações de -0.50, 0.75 e 1.00, à semelhança da análise *inter-cluster*. Com esta avaliação, pretendemos analisar qual o impacto que a variação de cada critério tem no respetivo *cluster*. Assim, sendo a variação igual para todos os critérios, quanto maior for o peso da relação de causalidade (*i.e.* quanto maior for a intensidade da relação), maior será o impacto no *cluster*. Na *Tabela 7* são analisados quatro critérios que caracterizam o *cluster Perfil do Profissional*, nomeadamente: (1) *falta de profissionalismo*; (2) *falta de formação profissional*; (3) *estabelecer relação com o utente*; e (4) *assumir a responsabilidade do ato realizado*.

Critérios/Determinantes	Intensidade	Varição	Varição	Varição
	da Relação	-0.50	0.75	1.00
Falta de Profissionalismo	-1.0	0.46	-0.64	-0.76
Falta de Formação Profissional	-0.5	0.24	-0.36	-0.46
Estabelecer Relação com o Utente	0.8	-0.38	0.54	0.66
Assumir a responsabilidade do Ato Realizado	1.0	-0.46	0.64	0.76

Tabela 7: Impacto da Variação dos Critérios no Cluster Perfil do Profissional

A *falta de profissionalismo* e o *assumir a responsabilidade do ato realizado* são os dois fatores que têm maior impacto, em valor absoluto, no *Perfil do Profissional*, assumindo uma relevância tanto maior (com variações de +/- 0.46 e 0.76), quanto maior for a intensidade da variação. O primeiro determinante contribui negativamente para a definição do *Perfil do Profissional*, enquanto o segundo determinante influencia positivamente. O critério *estabelecer relação com o utente* assume uma importância de terceiro nível nesta hierarquia, sendo que a *falta de formação profissional* é o critério com menor impacto deste *cluster*.

No *cluster Administração*, apresentado na *Tabela 8*, foram identificados e analisados os seguintes critérios: (1) *pressão de gestores hospitalares*; (2) *justiça organizacional*; (3) *estabelecer regras viáveis e aplicáveis*; e (4) *incumprimento de regras justas*.

Critérios/Determinantes	Intensidade da Relação	Variação -0.50	Variação 0.75	Variação 1.00
Pressão de Gestores Hospitalares	-0.1	0.05	-0.07	-0.1
Justiça Organizacional	1.0	-0.46	0.64	0.76
Estabelecer Regras Viáveis e Aplicáveis	0.9	-0.42	0.59	0.72
Incumprimento de Regras Justas	-0.2	0.10	-0.15	-0.20

Tabela 8: Impacto da Variação dos Critérios no Cluster Administração

Dos quatro critérios, aquele que tem maior impacto no *cluster* é a *justiça organizacional*. Inversamente, o critério com menor impacto, quase irrelevante, é a *pressão de gestores hospitalares*.

Relativamente ao *cluster Relações de Equipas*, foram analisados os critérios: (1) *má distribuição de cuidados*; (2) *partilha de dificuldades*; (3) *má relação entre pares*; e (4) *ambiente entre profissionais*. Em conformidade com a Tabela 9, os critérios com maior impacto positivo são a *partilha de dificuldades* e o *ambiente entre profissionais*, sendo que a *má relação entre pares* é o determinante com menor relevância no *cluster*.

Critérios/Determinantes	Intensidade da Relação	Variação -0.50	Variação 0.75	Variação 1.00
Má Distribuição de Cuidados	-0.2	0.1	-0.15	-0.20
Partilha de Dificuldades	0.8	-0.38	0.54	0.66
Má Relação entre Pares	-0.1	0.05	-0.07	-0.10
Ambiente entre Profissionais	0.7	-0.34	0.48	0.60

Tabela 9: Impacto da Variação dos Critérios no Cluster Relações de Equipas

No *cluster Fatores Externos*, os critérios selecionados na análise foram: (1) *diretivas europeias*; (2) *barreiras sociais*; (3) *desconhecimento da lei*; e (4) *poder político*. A Tabela 10 apresenta os resultados obtidos.

Critérios/Determinantes	Intensidade da Relação	Variação -0.50	Variação 0.75	Variação 1.00
Diretivas Europeias	0.9	-0.42	0.59	0.72
Barreiras Sociais	0.6	-0.29	0.42	0.54
Desconhecimento da Lei	-0.1	0.05	-0.07	-0.10
Poder Político	1	-0.46	0.64	0.76

Tabela 10: Impacto da Variação dos Critérios no Cluster Fatores Externos

Os determinantes com maior intensidade de relação neste *cluster* são o *poder político* e as *diretivas europeias*, com relevância quase equivalente. Estes critérios, quando sujeitos a uma variação de 1.00 têm um impacto de 0.76 e 0.72, respetivamente. A variável *desconhecimento da lei* é a que assume menor impacto, negativo, no *cluster*.

Por fim, na análise do *cluster Equipamentos e Processos*, foram identificados e analisados os seguintes critérios: (1) *problemas de equipamentos*; (2) *falta de ferramentas de trabalho*; (3) *diminuição da qualidade de materiais*; e (4) *tempos de espera*. A Tabela 11 apresenta os resultados obtidos.

Critérios/Determinantes	Intensidade da Relação	Variação -0.50	Variação 0.75	Variação 1.00
Problemas de Equipamento	-0.1	0.05	-0.07	-0.10
Falta de Ferramentas de Trabalho	-0.1	0.05	-0.07	-0.10
Diminuição da Qualidade de Materiais	-0.1	0.05	-0.07	-0.10
Tempos de Espera	-0.2	0.10	-0.15	-0.20

Tabela 11: Impacto da Variação dos Critérios no Cluster Equipamentos e Processos

Com efeito, o painel de decisores atribuiu a cada uma das variáveis deste *cluster* uma importância pouco significativa (*i.e.* -0.1 nos critérios *problemas de equipamento*, *falta de ferramentas de trabalho* e *diminuição na qualidade de materiais*). O impacto das variações entre -0.50 e 1.00 nestes critérios é, consequentemente, pouco significativo também.

Podemos concluir que os determinantes mais importantes das práticas éticas do sector público da saúde são: (1) *Perfil do Profissional*; (2) *Administração*; e (3) *Relações de Equipas*. O grau de relevância destes determinantes (ou critérios) – sugeridas pelo painel de decisores e integradas no FCM – decorre dos indicadores de centralidade, apresentado e analisado

anteriormente. O *Perfil do Profissional* – com um grau de centralidade de 41.30 – integra o conjunto de características do profissional de saúde, em que são relevantes a capacidade de *assumir a responsabilidade do ato realizado*, com impacto positivo, e a *falta de profissionalismo*, com efeito negativo na definição do perfil. Assume ainda relevância, neste domínio, a maior ou menor capacidade de o profissional de saúde desenvolver ou *estabelecer relação com o utente*. A *Administração* – *cluster* no qual se incluem como principais critérios de importância a *justiça organizacional* e a capacidade de *governance* deste órgão em *estabelecer regras viáveis e aplicáveis* – assume o segundo lugar como determinante de boas práticas éticas no SPS, com um grau de centralidade de 34.30 pontos. As *Relações de Equipas*, que envolvem variáveis fundamentais tais como a *partilha de dificuldades* e o *ambiente entre profissionais*, como as mais relevantes deste *cluster*, ocupam o terceiro lugar, com 16.60 pontos, naquela hierarquia de fatores determinantes das práticas éticas nos SPS.

A informação retirada das análises *inter-cluster* e *intra-cluster* permite, num contexto de tomada de decisão: (1) identificar os critérios mais importantes num sistema; (2) analisar o efeito que a conjugação de variações (*i.e.* a criação de cenários) tem no domínio do problema de decisão; e (3) justificar necessidades a desenvolver ou a melhorar no sistema. Contudo, existem limitações no processo de construção de um FCM que, numa perspetiva de investigação futura, devem estar na base da formulação de recomendações.

4.5. Validação do Modelo, Limitações e Recomendações

A construção e validação de um FCM para análise das dinâmicas de práticas éticas nos SPS foram conseguidas a partir de duas sessões de trabalho com um painel de profissionais com conhecimento e experiência na área. Esta metodologia de cartografia cognitiva difusa, assente numa perspetiva construtivista, permitiu extrair o conhecimento dos decisores, possibilitando uma análise e compreensão mais clara do problema e retirar conclusões pertinentes no domínio em análise. Para tal, o contributo direto do painel de decisores foi crítico para garantir a objetividade e funcionalidade do FCM desenvolvido.

Importa ter presente, no entanto, que o sistema de análise desenvolvido nesta dissertação apresenta algumas limitações, nomeadamente: (1) o resultado é idiossincrático (*i.e.* contexto-dependente), dado que o conteúdo e o formato do FCM seriam diferentes se o grupo de decisores e facilitadores variasse e o processo de construção sofresse alterações; (2) integra fatores subjetivos tornando o processo complexo; e (3) depende da disponibilidade de cada

elemento do grupo de decisores para participar nas sessões de trabalho. Neste contexto, parece importante realçar a heterogeneidade do grupo, que proporcionou diferentes pontos de vista que permitam uma maior reflexão e solidez na análise do problema. Além disso, a representação da subjetividade no modelo, apesar de ser um aspeto de elevada complexidade, permitiu aumentar a transparência das análises e englobar informação que, habitualmente, é omitida.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo grupo de decisores neste estudo ocorreu na segunda sessão de trabalho, relativa à definição das intensidades das relações de causalidade. Neste processo, a negociação e o diálogo entre decisores foi essencial, permitindo a construção de um modelo consensual quanto à sua estrutura e adaptado à realidade do SNS. A constituição de um grupo de trabalho, com horários compatíveis para a realização da primeira sessão, foi outra adversidade enfrentada. Contudo, o número de elementos do painel de decisores cumpriu o intervalo sugerido na literatura (*i.e.* seis a dez elementos) (*cf.* Ackermann e Eden, 2001). O grau de satisfação, entusiasmo e envolvimento dos decisores no final da primeira sessão foi marcante, tendo demonstrado imediata disponibilidade para a realização da segunda sessão.

Após as duas sessões de trabalho com o painel, realizou-se uma sessão de consolidação com um especialista neutro (*i.e.* que não pertenceu ao painel de decisores e, por isso, revelou-se imparcial na análise dos resultados). O objetivo foi o de consolidar as análises e obter feedback sobre o modelo e os resultados obtidos. Esta sessão, que teve uma duração aproximada de 1 hora, decorreu no Hospital São Francisco Xavier e contou com o contributo da Presidente do Conselho de Administração do Hospital, que também é médica especialista. A *Figura 19* apresenta alguns momentos da sessão de validação.



Figura 19: Validação do Modelo de Análise de Práticas Éticas nos SPS

A sessão de trabalho iniciou-se com: (1) uma apresentação do modelo de análise; (2) uma breve explicação da metodologia de base; e (3) uma exposição dos resultados obtidos. Após análise, tendo em conta o conhecimento e experiência da especialista, o *feedback* foi positivo. Citando a mesma, “*sendo a ética um conjunto de práticas de difícil avaliação, este modelo é interessante, porque apresenta e analisa conceitos abstratos e tenta quantificar a influência dos fatores*”, algo que revela uma clara aprovação do modelo, sendo a integração de elementos subjetivos e de difícil quantificação uma das suas principais vantagens. Realçou também o potencial de aplicabilidade do modelo, afirmando que “*aplicar este modelo é bom porque os fatores são determinados pelas pessoas que trabalham na área*” (nas suas palavras), enaltecendo o número elevado de critérios que constituem o FCM.

Relativamente ao processo de construção do modelo, a entrevistada conhecia a “*técnica dos post-its*” para estruturação de problemas complexos, apesar de não conhecer a vertente FCM. Analisando o mapa cognitivo detalhadamente, concluiu que “*é bastante completo, porque integra inúmeros critérios*” (nas suas próprias palavras), salientando, mais especificamente, a multidimensionalidade do mesmo, traduzida nos cinco *clusters* definidos (*i.e. Perfil do Profissional, Administração, Relações de Equipas, Equipamento e Processos e Fatores Externos*). Outras das vantagens referidas foi a possibilidade de prever e trabalhar áreas de reforço, sendo que “*estrategicamente analisando, permite observar onde se pode mexer e atuar, de forma a melhorar o comportamento ético*” (nas suas palavras), reforçando que “*é importante, porque possibilita uma melhoria contínua*” (também nas suas próprias palavras).

Desta sessão de validação foram apontadas, também, algumas limitações por parte da decisora, tais como: “*a implementação do modelo implica tempo, disponibilidade e vontade para*” (citando a especialista), enfatizando particularmente que este aspeto pode ser contornado se “*os resultados forem exequíveis, i.e., tem que resultar algo*” (nas suas palavras). Ainda assim, apesar das limitações mencionadas, foi evidente a aprovação do modelo, podendo por isso afirmar-se que o FCM desenvolvido neste estudo parece apresentar contributos para a análise das práticas éticas nos SPS. Neste sentido, através do uso de técnicas de mapeamento cognitivo, foi possível conceber um sistema de análise dinâmica, que integra um elevado número de critérios inseridos em várias dimensões. Com efeito, a abordagem utilizada permitiu incluir fatores objetivos e subjetivos, algo que, dada a natureza da problemática, se revelou adequado ao estudo. Dado o potencial de aplicabilidade prática dos processos seguidos, a abordagem FCM pode ser aplicada a outras áreas de interesse dentro do sector da saúde.

Em suma, além da clara vantagem de extração de informação proporcionada pelo modelo visual, o grande contributo desta metodologia de natureza processual e construtivista reside no processo de aprendizagem, fomentando a negociação e o diálogo que, por sua vez, conduziram à construção do FCM. Em conformidade, Gray *et al.* (2013) afirmam que este processo de construção estimula a aprendizagem dos intervenientes no processo através da partilha e conjugação de diferentes perspetivas de fontes de informação, revelando o presente estudo o potencial de aplicação na análise das práticas éticas nos SPS.

Este capítulo centrou-se na componente empírica do estudo, com o objetivo de aplicar a cartografia cognitiva difusa na estruturação de um modelo de análise das dinâmicas das práticas éticas nos SPS. A aplicabilidade das técnicas implicou a composição de um painel de decisores com *know-how* na área em análise e a realização de duas sessões presenciais de grupo com duração média de 4.5 horas, conduzidas por dois facilitadores. A constituição do grupo teve em consideração a heterogeneidade dos elementos. Na primeira sessão, após uma pequena introdução da temática em estudo e explicado o procedimento base do método a aplicar, foi apresentada a seguinte *trigger question*: “Com base nos seus valores e experiência profissional, quais são [ou devem ser] os determinantes de conduta ética nos SPS?”, dando início ao processo de reflexão e discussão do problema em análise. Seguidamente, os decisores identificaram os critérios/determinantes através da “técnica dos *post-its*” e agruparam e hierarquizaram esses critérios em cinco *clusters* ou áreas de interesse. Com a informação obtida, foi construída a estrutura cognitiva de base para o FCM. A validação do mapa cognitivo foi feita pelo painel de decisores no início da segunda sessão de trabalho, procedendo-se seguidamente à atribuição de graus de intensidade às relações de causalidade entre as variáveis identificadas, num intervalo de [-1, 1]. Numa terceira e última sessão, foi efetuada a validação final do modelo, com um especialista neutro. A discussão e a negociação entre decisores foi o elemento cerne no decorrer do processo. A análise do FCM construído foi feita segundo dois tipos de análise: (1) análise estática, orientada pela centralidade dos critérios; e (2) análise dinâmica ao nível *inter-cluster* e ao nível *intra-cluster*. A informação retirada, num contexto de tomada de decisão, teve como objetivo: (1) identificar os critérios mais importantes no âmbito da análise das práticas éticas nos SNS; (2) analisar o efeito que a conjugação de variações (*i.e.* a criação de cenários) tem no domínio do problema de decisão; e (3) justificar necessidades a desenvolver ou melhorar as próprias práticas éticas no contexto em estudo. Assente numa lógica construtivista, foi criado um modelo de análise dinâmica das práticas éticas no SPS que permite ter uma visão clara do comportamento do sistema, através da análise de vários cenários, que apoiam a tomada de decisão.

5.1. Principais Resultados e Limitações da Investigação

O presente estudo possibilitou a *elaboração de um modelo de avaliação global para análise dinâmica das práticas éticas nos SPS*, com recurso a mapas cognitivos *fuzzy*. Esta ferramenta, capaz de estruturar problemas complexos, permitiu a compreensão e análise da problemática em estudo, através da identificação das variáveis que determinam a conduta ética dos profissionais de saúde e da análise das relações de causalidade entre conceitos.

A dissertação foi formalmente dividida em cinco capítulos. No *Capítulo 1: Introdução*, foi contextualizada a temática e definidos os principais objetivos e a metodologia a aplicar, bem como os resultados esperados no estudo. No *Capítulo 2: Revisão da Literatura*, foi efetuado o enquadramento do conceito de ética na saúde e da evolução histórica, apresentadas as teorias gerais da análise ética, discutida a importância das práticas éticas na saúde e revista a influência do conceito de ética organizacional no contexto específico das organizações de saúde, bem como explanados alguns modelos de análise das práticas éticas e as suas limitações, que fundamentam a metodologia proposta. No *Capítulo 3: Enquadramento Metodológico*, foi feita a fundamentação teórica do mapeamento cognitivo *fuzzy*, salientando a importância dos métodos de estruturação de problemas e do mapeamento cognitivo, seguindo-se a apresentação das vantagens e limitações dos FCMs como uma ferramenta na estruturação de problemas de decisão complexos. No *Capítulo 4: Aplicação e Resultados*, materializou-se o desenvolvimento empírico do trabalho, definindo-se a problemática de decisão e efetuando-se a construção do FCM para posterior análise estática e dinâmica das práticas éticas no sector da saúde. Foram identificados os critérios mais relevantes e feitas análises que permitiram a validação do modelo e a discussão das suas principais vantagens e limitações. No presente *Capítulo 5: Conclusões, Recomendações e Investigação Futuras*, apresentam-se os principais contributos e conclusões do estudo, indicam-se as limitações mais relevantes e formulam-se sugestões de investigação futura na área da ética na saúde.

De acordo com a perceção do painel de decisores, os determinantes mais importantes nas práticas éticas dos SPS, são: (1) *Perfil do Profissional*; (2) *Administração*; (3) *Relações de*

Equipas; (4) *Fatores Externos*; (5) *Princípio da Equidade*; e (6) *Respeito*. Esta perceção parece estar em conformidade com Tepper (2017), que defende que os princípios fundamentais para a ética clínica são o *respeito pelo indivíduo*, a *verdade* e a *honestidade*, intrinsecamente ligados ao *Perfil do Profissional* e aos *padrões pessoais* (cf. Emanuel 2000). De facto, também Pinto (2012) afirma que garantir o *Respeito* pela dignidade e liberdade humanas, assim como assegurar cuidados saúde a todos os cidadãos, independentemente da idade, raça, cultura ou religião (i.e. *Princípio da Equidade*), são princípios éticos indispensáveis. Também Nunes (2017) refere que o *Respeito* pelas pessoas, a *Equidade* no acesso aos cuidados de saúde e a *Responsabilidade* dos profissionais e instituições de saúde que prestam cuidados de saúde são aspetos importantes da área da ética, incluindo nesta abordagem os critérios *Perfil do Profissional* e *Administração*. Os relacionamentos profissionais (i.e. *Relações de Equipas*) são, para Werhane e Rorty (2000), elementos-chave em questões de análise ética. *Fatores Externos*, como responsabilidade política e económica, desempenho financeiro e prática legal são também apontados como elementos a incluir numa análise ética (cf. Emanuel, 2000). Desta forma, o facto de os resultados apresentados neste estudo serem coerentes com a literatura permite afirmar que as técnicas de mapeamento *fuzzy* podem ser aplicadas na construção de modelos capazes de analisar as dinâmicas das práticas éticas nos SPS, confirmando assim a sua versatilidade e adaptabilidade.

Sendo os resultados obtidos neste estudo congruentes com a literatura existente, podemos afirmar que ***o sistema de avaliação desenvolvido nesta dissertação possibilita que as variáveis que suportam a análise das práticas éticas dos SPS se apresentem de forma estruturada e interrelacionadas, sendo por isso uma ferramenta de apoio para a tomada de decisões informadas e coesas neste domínio.***

Apesar dos resultados alcançados, importa lembrar que a aplicação da metodologia adotada apresenta algumas limitações. Em particular, salienta-se a proveniência da informação para a construção do modelo, que depende da experiência e do conhecimento dos decisores, sendo por isso uma metodologia contexto-dependente. Isto faz com que a extrapolação dos resultados tenha que ser efetuada com cautela (cf. Ferreira e Jalali, 2015). Contudo, ao incluir as crenças e valores dos decisores, esta ferramenta permite integrar o fator subjetividade, sendo os resultados obtidos naturalmente mais completos e realistas. Numa perspetiva construtivista, ignorar fatores subjetivos diminui o potencial de apoio no processo de tomada de decisão (cf. Ferreira, 2013), podendo o resultado final ser sempre atualizado e/ou corrigido.

5.2. Síntese dos Principais Contributos do Estudo

Considerando que os SPS têm um impacto significativo na sociedade, parece importante existirem mecanismos que rejam a sua prática ética. A adoção de um modelo de análise dinâmica permite avaliar as práticas éticas neste sector e apoiar o processo de tomada de decisão, promovendo uma melhoria contínua.

Apesar das questões éticas que envolvem a prática clínica nos dias de hoje, a sua atividade é, ainda, maioritariamente influenciada por paradigmas filosóficos que remontam à antiga Grécia. Contudo, com os avanços das tecnociências biomédicas ao longo dos anos, estes paradigmas apresentam limitações na sua aplicação. Esta contextualização permitiu determinar a importância da ética no SNS e a necessidade de desenvolver modelos de análise das práticas éticas na saúde. Foi possível apurar a escassez de métodos desenvolvidos nesta área, sendo que os modelos existentes apresentam limitações inerentes à sua aplicação. Posto isto, foi proposta na presente dissertação uma nova abordagem de análise dinâmica das práticas éticas nos SPS, através da aplicação de técnicas de mapeamento cognitivo *fuzzy*.

A utilização de FCMs na estruturação da problemática em análise teve como objetivos: (1) identificar um número maior de variáveis de análise (*i.e.* uma análise multidisciplinar); (2) estabelecer relações de causalidade entre os critérios identificados, de forma a compreender a dinâmica e os efeitos na prática ética; (3) integrar variáveis subjetivas, resultantes de crenças, valores e experiências do painel de decisores; e (4) criar uma estrutura que apoie o processo de tomada de decisão, através da simulação de vários cenários.

Na prática, os principais contributos da aplicação desta abordagem passam por: (1) promover a reflexão do problema e discussão grupal, através da apresentação da *trigger question*; (2) recolher e organizar grandes quantidades de informação; (3) promover uma maior compreensão da problemática, potenciada pela capacidade visual dos FCMs; e (4) realizar vários cenários de análise que permitem observar o impacto da alteração de variáveis no sistema representado.

Posto isto, podemos concluir que o uso de técnicas de mapeamento cognitivo *fuzzy* permite apoiar o processo de tomada de decisão e, quando adaptado ao contexto em estudo, pode ser aplicado em qualquer tipo de organização de saúde. Importa salientar, no entanto, que esta abordagem assenta numa lógica de complementaridade e não de substituição.

5.3. Investigação Futura

Em futuras investigações relacionadas com a identificação e estruturação de critérios para análise dinâmica das práticas éticas nos SPS, sugere-se: (1) a alteração do painel de decisores, para comparação, complemento e/ou generalização dos resultados alcançados neste estudo; (2) a extensão da metodologia a contextos geográficos diferentes (nacionais e internacionais), *i.e.* analisar outras perspetivas influenciadas por diferentes culturas e sociedades; (3) o recurso complementar a outras abordagens metodológicas (*e.g.* modelos de avaliação multicritério); (4) a extensão do estudo ao sector privado; e (5) a informatização do modelo desenvolvido, por forma a aplicar o modelo à prática como uma ferramenta de análise das práticas éticas no sector da saúde de acesso rápido.

Em suma, qualquer progresso ou melhoria que se venha a registar será interpretada como um avanço importante no apoio à análise das práticas éticas no SPS.

BIBLIOGRAFIA

- Abramova, N. (2016), The cognitive approach to the problem of identification validity in cognitive mapping, *IFAC – Papers Online*, Vol. 49(12), 586-591.
- Acar, W. & Druckenmiller, D. (2006), Endowing cognitive mapping with computational properties for strategic analysis, *Futures*, Vol. 38(8), 993-1009.
- Ackermann, F. & Eden, C. (2001), SODA - Journey making and mapping in practice, in Rosenhead, J. & Mingers, J. (Eds.), *Rational Analysis for a Problematic World Revisited: Problem Structuring Methods for Complexity, Uncertainty and Conflict*, Chichester, John Wiley & Sons, 43-60.
- Ackermann, F. (2012), Problem structuring methods ‘in the dock’: Arguing the case for soft OR, *European Journal of Operational Research*, Vol. 219(3), 652-658.
- Ahmad, R. & Ali, A. (2003), The use of cognitive mapping technique in management research: Theory and practice, *Management Research News*, Vol. 26(7), 1-16.
- Aitamaa, E.; Leino-Kilpi, H.; Puuka, P. & Suhonen, R. (2010), Ethical problems in nursing management: The role of codes of ethics, *Nursing Ethics*, Vol. 17(4), 469-482.
- Allhoff, F. (2011), What are applied ethics? *Science and Engineering Ethics*, Vol. 17(1), 1-19.
- Ammar, M.; Mandil, A. & El-Feky, S. (2016), Ethics in health practice and research: An EMR perspective, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 22(1), 62-63.
- Antunes, J. (2012), *A Nova Medicina*, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Arnaut, A. & Semedo, J. (2017), *Salvar o SNS – Uma Nova Lei e Bases da Saúde Para Defender a Democracia*, Porto: Porto Editora.
- Aulisio, M.; Arnould, R. & Youngner, S. (2000), Health care ethics consultation: Nature, goals, and competencies, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 133(1), 59-69.
- Azevedo, A. & Ferreira, F. (2017), Analyzing the dynamics behind ethical banking practices using fuzzy cognitive mapping, *Operational Research*, DOI: 10.1007/s12351-017-0333-6.
- Barros, P. & Simões, J. (2007), Portugal: Health systems review – Health systems in transition, *European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 9(5), 1-140.
- Barros, P. (2013), *Pela sua Saúde*, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barros, P.; Machado, S. & Simões, J. (2011), Portugal: Health system review – Health systems in transition, *European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 13(4), 1-156.

- Beauchamp, T. & Childress, J. (1979), *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press.
- Beierle, T. & Cayford, J. (2002), *Democracy in Practice: Public Participation in Environmental Decisions*, Washington, DC: RFF Press.
- Belton, V. & Stewart, T. (2002), *Multiple Criteria Decision Analysis: An Integrated Approach*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Belton, V.; Ackermann, F. & Shepherd, I. (1997), Integrated support from problem structuring through to alternative evaluating using COPE and V.I.S.A., *Journal of Multi-Criteria Decision Analysis*, Vol. 6(3), 115-130.
- Bommer, M.; Gratto, C.; Gravander, J. & Tuttle, M. (1987), A behavioral model of ethical and unethical decision making, *Journal of Business Ethics*, Vol. 6(4), 265-280.
- Campbell, A. (2003), The virtues (and vices) of the four principles, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 29(5), 292-296.
- Carlsson, C. & Fuller, R. (1996), Adaptive fuzzy cognitive maps for hyper knowledge representation in strategy formation process, *Proceedings of International Panel Conference on Soft and Intelligent Computing*, Technical University of Budapest, 43-50.
- Carlucci, D.; Schiuma, G.; Gavrilova, T. & Linzalone, R. (2013), A fuzzy cognitive map based approach to disclose value creation dynamics of ABIs, *Proceedings of the 8th International Forum on Knowledge Asset Dynamics (IFKAD-2013)*, Zagreb, Croatia, 207-2019.
- Carrol, A. (1991), The pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders, *Business Horizons*, Vol. 34(4), 39-48.
- Carvalho, J. (2013), On the semantics and the use of fuzzy cognitive maps and dynamic cognitive maps in social sciences, *Fuzzy Sets and Systems*, Vol. 214(0), 6-19.
- Christie, T.; Groarke L. & Sweet W. (2008), Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate, *International Journal of Drug Policy*, Vol. 19(1), 52-58.
- Cohen-Almagor, R. (2017), On the philosophical foundations of medical ethics: Aristotle, Kant, JS Mill and Rawls, *Ethics, Medicine and Public Health*, Vol. 3(4), 436-444.
- Dolan, C. (2017), Moral, ethical, and legal decision-making in controversial NP practice situations, *The Journal for Nurse Practitioners*, Vol. 13(2), 57-65.
- Eden, C. (2004), Analyzing cognitive maps to help structure issues or problems, *European Journal of Operational Research*, Vol. 159(3), 673-686.

- Eden, C. & Ackerman, F. (2004), Cognitive mapping expert views for policy analysis in the public sector, *European Journal of Operational Research*, Vol. 152(3), 615-630.
- Edkins, A.; Kurul, E.; Maytorena-Sanchez, E. & Rintala, K. (2007), The application of cognitive mapping methodologies in project management research, *International Journal of Project Management*, Vol. 25(8), 762-772.
- Emanuel, L. (2000), Ethics and the structures of health care, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Vol. 9(2), 151-168.
- Farris, G. (2015), Approach to the medical ethics consultation, *Hospital Medicine Clinics*, Vol. 4(1), 98-105.
- Fernandes, I.; Ferreira, F.; Bento, P.; Jalali, M.; António, M. (2018), Assessing sustainable development in urban areas using cognitive mapping and MCDA, *International Journal of Sustainable Development & World Ecology*, Vol. 25(3), 216-226.
- Ferreira, F. & Jalali, M. (2015), Identifying key determinants of housing sales and time-on-the-market (TOM) using fuzzy cognitive mapping, *International Journal of Strategic Property Management*, Vol. 19(3), 235-244.
- Ferreira, F. (2013), Measuring trade-offs among criteria in a balanced scorecard framework: Possible contributions from the multiple criteria decision analysis research field, *Journal of Business Economics and Management*, Vol. 14(3), 433-447.
- Ferreira, F. (2016), Are you pleased with your neighborhood? A fuzzy cognitive mapping-based approach for measuring residential neighborhood satisfaction in urban communities, *International Journal of Strategic Property Management*, Vol. 20(2), 130-141.
- Ferreira, F.; Ferreira, J.; Fernandes, C.; Meidutė-Kavaliauskienė, I. & Jalali, M. (2017), Enhancing knowledge and strategic planning of bank customer loyalty using fuzzy cognitive maps, *Technological and Economic Development of Economy*, Vol. 23(6), 860-876.
- Ferreira, F.; Jalali, M. & Ferreira, J. (2016), Experience-focused thinking and cognitive mapping in ethical banking practices: From practical intuition to theory, *Journal of Business Research*, Vol. 69(11), 4953-4958.
- Ferreira, F.; Jalali, M.; Meidutė-Kavaliauskienė, L. & Viana, B. (2015), A metacognitive decision making based framework for bank customer loyalty measurement and management, *Technological and Economic Development of Economy*, Vol. 21(2), 280-300.

- Ferreira, F.; Spahr, R.; Santos, S. & Rodrigues, P. (2012), A multiple criteria framework to evaluate bank branch potential attractiveness, *International Journal of Strategic Property Management*, Vol. 16(3), 254-276.
- Forde, R. (2012), How can empirical ethics improve medical practice?, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Vol. 21(4), 517-526.
- Froelich, W. & Salmeron, J. (2017), Advances in fuzzy cognitive maps theory, *Neurocomputing*, Vol. 232, 1-2.
- Gaudine, A.; Lamb, M.; LeFort, S. & Thorne, L. (2011), The functioning of hospital ethics committees: A multiple-case study of four Canadian committees, *HEC Forum*, Vol. 23(3), 225-238.
- Gavrilova, T.; Carlucci, D. & Schiuma, G. (2013), Art of visual thinking for smart business education, Proceedings of The 8th International Forum on Knowledge Asset Dynamics (IFKAD-2013), Zagreb, Croatia, 1754-1761.
- George, A. (2016), Research ethics. *Medicine*, Vol. 44 (10), 615-618.
- Glykas, M. (2013), Fuzzy cognitive strategic maps in business process performance measurement, *Expert Systems with Applications*, Vol. 40(1), 1-40.
- Gray, S.; Zandre, E. & Gray, S. (2013), Fuzzy cognitive maps as representations of mental models and group beliefs, in Papageorgiou, E. (Ed.), *Fuzzy Cognitive Maps for Applied Sciences and Engineering*, Springer Publishing, 29-48.
- Groumpos, P. (2015), Modelling business and management systems using fuzzy cognitive maps: A critical overview, *IFAC – PapersOnLine*, Vol. 48(24), 207-212.
- Harris, J. (2003), In praise of unprincipled ethics, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 29(5), 303-306.
- Hester, P. (2015), Analyzing stakeholders using fuzzy cognitive mapping, *Procedia Computer Science*, Vol. 61, 92-97.
- Hoffmaster, B. (1994), The forms and limits of medical ethics, *Social Science & Medicine*, Vol. 39(9), 1155-1164.
- Howick, S. & Eden, C. (2011), Supporting strategic conversations: The significance of a quantitative model building process, *Journal of the Operational Research Society*, Vol. 62(5), 868-878.
- Hurst, S. (2012), Clinical Ethics, *Encyclopedia of Applied Ethics*, 476-487.
- Jetter, A. & Kok, K. (2014), Fuzzy cognitive maps for futures studies: A methodological assessment of concepts and methods, *Futures*, Vol. 61(1), 45-57.

- Kang, B.; Deng, Y.; Sadiq, R. & Mahadevan, S. (2012), Evidential cognitive maps, *Knowledge-Based Systems*, Vol. 35(15), 77-86.
- Kardaras, D. & Mentzas, G. (1997), Using fuzzy cognitive maps to model and analyze business performance assessment, *Proceedings of the International Conference on Advances in Industrial Engineering Applications and Practice II*, Greece, 63-68.
- Kim, H. & Lee, K. (1998), Fuzzy implications of fuzzy cognitive map with emphasis on fuzzy causal relationship and fuzzy partially causal relationship, *Fuzzy Sets and Systems*, Vol. 97(3), 303-313.
- Knox, J. (2014), The 4C model: A reflective tool for the analysis of ethical cases at the neonatal intensive-care unit, *Clinical Ethics*, Vol. 9(4), 120-126.
- Kok, K. (2009), The potential of fuzzy cognitive maps for semi-quantitative scenario development, with an example from Brazil, *Global Environmental Change*, Vol. 19(1), 122-133.
- Kosko, B. (1986), Fuzzy cognitive maps, *International Journal of Man-Machine Studies*, Vol. 24(1), 65-75.
- Lawson, A. (2011), What is medical ethics?, *Trends in Anesthesia and Critical Care*, Vol. 1(1), 3-6.
- Major, M. & Magalhães, A. (2013), Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresariação dos hospitais públicos portugueses, *Revista de Administração*, Vol. 49(3), 476-490.
- Marcus, B.; Shank, G.; Carlson, J. & Venkat A. (2015), Qualitative analysis of healthcare professionals' viewpoints on the role of ethics committees and hospitals in the resolution of clinical ethical dilemmas, *HEC Forum*, Vol. 27(1), 11-34.
- Marttunen, M.; Lienert, J. & Belton, V. (2017), Structuring problems for multi-criteria decision analysis in practice: A literature review of method combinations, *European Journal of Operational Research*, Vol. 263(1), 1-17.
- Mazlack, L. (2009), Representing causality using fuzzy cognitive maps, *Proceedings of the Annual Meeting of the North American Fuzzy Information Processing Society (NAFIPS-2009)*, Cincinnati, Ohio, USA, 1-6.
- McDevitt, R.; Giapponi, C. & Tromley, C. (2007), A model of ethical decision making: The integration of process and content, *Journal of Business Ethics*, Vol. 73(2), 219-229.
- McGovern, C. (2016), Medical ethics: Principles of medical ethics, *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, Vol. 3, 330-334.

- Midgley, G.; Cavana, R.; Brocklesby, J.; Foote, J.; Woos, D. & Ahuriri-Driscoll, A. (2013), Towards a new framework for evaluating systemic problem structuring methods, *European Journal of Operational Research*, Vol. 229(1), 143-154.
- Mingers, J. & Rosenhead, J. (2004), Problem structuring methods in action, *European Journal of Operational Research*, Vol. 152(3), 530-554.
- Montibeller, G.; Belton, V.; Ackermann, F. & Ensslin, L. (2008), Reasoning maps for decision aid: An integrated approach for problem-structuring and multi-criteria evaluation, *Journal of the Operational Research Society*, Vol. 59(5), 575-589.
- Nunes, R. (2017), Ethics in science, *Porto Biomedical Journal*, Vol. 2(4), 97-98.
- O'Neil, E. (2006), *Awakening Hippocrates: A Primer on Health, Poverty, and Goals Service*, Chicago: American Medical Association Press.
- Oddo, A. (2001), Healthcare ethics: A patient-centered decision model, *Journal of Business Ethics*, Vol. 29 (1/2), 125-134.
- Papageorgiou, E & Stylios, C. (2008), Fuzzy cognitive maps, *Handbook of Granular Computing*, Vol. 123, 755-775.
- Papageorgiou, E.; Markinos, A. & Gemtos, T. (2011), Fuzzy cognitive map based approach for predicting yield in cotton crop production as a basis for decision support system in precision agriculture application, *Applied Soft Computing*, Vol. 11 (4), 3643-3657.
- Papageorgiou, E.; Roo, J.; Huszka, C. & Colaert, D. (2012), Formalization of treatment guidelines using fuzzy cognitive maps and semantic web tools, *Journal of Biomedical Informatics*, Vol. 45(1), 45-60.
- Paulsen, J. (2011), Ethics of caring and professional roles, *Nursing Ethics*, Vol. 18(2), 201-208.
- Pinto, V. (2012), Fundamentos éticos nas prioridades em saúde ciclo de conferência CNEVCV/2011, *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*, Lisboa, 45-55.
- PORDATA (2017), *SNS: Estabelecimentos de Saúde – Continente*, disponível online em <https://www.pordata.pt/MicroPage.aspx?DatabaseName=Portugal&MicroName=SNS+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde+++Continente&MicroURL=158&Outubro>. [14 Outubro].
- Rawls J. (1986), *A Theory of Justice*, Oxford: Oxford University Press.
- Rehbock, T. (2011), Limits of autonomy in biomedical ethics? Conceptual clarifications, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Vol. 20(4), 524-532.
- Renaud, I. & Renaud, M. (1996), *Ética e Moral*, Bioética, 34-41.

- Ribeiro, M.; Ferreira, F.; Jalali, M. & Meidutė-Kavaliauskienė, I. (2017), A fuzzy knowledge-based framework for risk assessment of residential real estate investments, *Technological and Economic Development of Economy*, Vol. 23(1), 140-156.
- Rosenhead, J. (2006), Past, present and future of problem structuring methods, *European Journal of Operational Research*, Vol. 57(7), 759-765.
- Ruíz-Cano, J.; Cantú-Quintanilla, G.; Ávila-Montiel, D.; Gamboa-Marrufo, J.; Juárez-Villegas, L.; Hoyos-Bermea, A.; Chávez-López, A.; Estrada-Ramírez, K.; Merelo-Arias, C.; Altamirano-Bustamante, M.; Vega-Morellf, N.; Peláez-Ballestas, I.; Guadarrama-Orozco, J.; Muñoz-Hernández, O. & Garduño-Espinosa, J. (2015), Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Vol. 72(2), 89-98.
- Salmeron, J. (2012), Fuzzy cognitive maps for artificial emotions forecasting, *Applied Soft Computing*, Vol. 12(12), 3704-3710.
- Schlairet, M.; Kiser, K. & Norris, S. (2012), Clinical ethics support services: An evolving model, *Nurse Outlook*, Vol. 60(5), 309-315.
- Schumann, J. & Alfandre, D. (2008), Clinical ethical decision making: The four topics approach, *Seminars in Medical Practice*, Vol. 11, 36-42.
- Serrão, D. & Meneses, R. (2010), Autonomia em Kant: pela crítica da crítica científica, *Revista de Filosofia*, Vol. 35(1), 7-19.
- Siau, K. & Tan, X. (2005), Improving the quality of conceptual modeling using cognitive mapping techniques, *Data & Knowledge Engineering*, Vol. 55(3), 343-365.
- Silva, J. (2013), Educação Médica e Profissionalismo, *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, Vol. 26(4), 420-427.
- Simões, J.; Augusto, G.; Fronteira, I. & Hernández-Quevedo, C. (2017), Portugal: Health system review, health systems in transition, *European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 19(2), 1-183.
- Stylios, C. & Groumpos, P. (2007), The challenge of modeling supervisory systems using fuzzy cognitive maps, *Journal of Intelligent Manufacturing*, Vol. 9(4), 339-345.
- Taylor, R. (2013), Ethical principles and concepts in medicine, *Handbook of Clinical Neurology, Ethical and Legal Issues in Neurology*, Vol. 118 (3), 1-9.
- Tegarden, D. & Sheetz, S. (2003), Group cognitive mapping: a methodology and system for capturing and evaluating managerial and organizational cognition, *Omega – The International Journal of Management Science*, Vol. 31(2), 113-125.

- Tepper, J. (2017), Ethics in clinical care, *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Vol. 99(2), 250-254.
- Tsadiras, A. (2008), Comparing the inference capabilities of binary, trivalent and sigmoid fuzzy cognitive maps, *Information Sciences*, Vol. 178(20), 3880-3894.
- Vidal, R. (2004), Guest editor's introduction, *European Journal of Operational Research*, Vol. 152(3), 529.
- Village, J.; Salustri, F. & Neumann, W. (2013), Cognitive mapping: Revealing the links between human factors and strategic goals in organizations, *International Journal of Industrial Ergonomics*, Vol. 43(4), 304-313.
- Wagner, J. & Dahnke, M. (2015), Nursing ethics and disaster triage: Applying utilitarian theory, *Journal of Emergency Nursing*, Vol. 41(4), 300-306.
- Werhane, P. & Rorty, M. (2000), Organizational ethics in health care, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Vol. 9(2), 145-146.
- Williams, J. (2005), Medical ethics in contemporary clinical practice, *Journal of the Chinese Medical Association*, Vol. 68(11), 495-499.
- Winkler, E. & Gruen, R. (2005), First principle: Substantive ethics for health care organizations, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 50(2), 109-119.
- Winkler, E. (1998), Applied ethics, overview, *Encyclopedia of Applied Ethics*, Vol. 1, 191-196.
- Winkler, E. (2005), The ethics of policy writing: How should hospitals deal with moral disagreement about controversial medical practices? *Journal of Medical Ethics*, Vol. 31(10), 559-566.
- Wisn, F.; Mey, Y.; Lauwers, L.; Passel, S.; Vancauteran, M. & Wauters, E. (2013), Cognitive mapping: A method to elucidate and present farmers' risk perception, *Agricultural Systems*, Vol. 122(C), 42-52.
- Wu, K.; Liu, J. & Chi, Y. (2017), Wavelet fuzzy cognitive maps, *Neurocomputing*, Vol. 232, 94-103.
- Wu, M.; Liao, C.; Chiu, W.; Lin, C. & Yang, C. (2011), Can we accredit hospital ethics? A tentative proposal, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 37(8), 493-497.
- Yaman, D. & Polat, S. (2009), A fuzzy cognitive map approach for effect-based operations: An illustrative case, *Information Sciences*, Vol. 179(4), 382-403.
- Zhang, L.; Chettupuzha, A.; Chen, H.; Wu, X. & AbouRizk, S. (2017), Fuzzy cognitive maps enabled root cause analysis in complex projects, *Applied Soft Computing*, Vol. 57, 235-249.

Ziv, G.; Watson, E.; Young, D.; Howard, D.; Larcom S. & Tanentzap A. (2018), The potential impact of brexit on the energy, water and food nexus in the UK: A fuzzy cognitive mapping approach, *Applied Energy*, Vol. 210, 487-498.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro – Novo estatuto do SNS.

Decreto-Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro – Modificações na Lei de Bases da Saúde: novo regime de gestão hospitalar.

Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro – Promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência; direito dos cidadãos à saúde.

Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde.

Decreto-Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro – Criação do SNS.

Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio – Comissões de Ética para a Saúde (CES).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de Março.

APÊNDICE

APÊNDICE I – Análise das Centralidades dos Critérios de Análise das Práticas éticas nos SPS

Determinante	<i>Outdegree</i>	<i>Indegree</i>	Centralidade
Perfil do Profissional	1.80	39.50	41.30
Administração	1.80	32.50	34.30
Relações de Equipas	0.90	15.70	16.60
Fatores Externos	0.60	8.50	9.10
Princípio da Equidade	2.00	5.00	7.00
Respeito	1.00	5.80	6.80
Utentes	0.80	3.70	4.50
Respeitar a Verdade	2.00	2.30	4.30
Ética nos SPS	0.00	3.00	3.00
Tomada de Decisão	3.00	0.00	3.00
Privacidade	2.60	0.00	2.60
Gestão Responsável	2.60	0.00	2.60
Flexibilidade	2.50	0.00	2.50
Atendimento Dentro do Tempo Útil	2.40	0.00	2.40
Transmissão de Confiança, Ser uma Organização de Topo	2.20	0.00	2.20
Reconhecimento	2.20	0.00	2.20
Adaptação à Mudança	2.00	0.00	2.00
Responsabilização	2.00	0.00	2.00
Estabelecer Relação Multidisciplinar	1.00	1.00	2.00
Poder Político	2.00	0.00	2.00
Pouca Informação dada ao Utente	1.90	0.00	1.90
Criticar a Instituição no Sentido de Evitar o Erro	1.90	0.00	1.90
Confidencialidade	1.90	0.00	1.90
Falta de Vontade na Deslocação dos Profissionais	1.90	0.00	1.90
Respeito pelas Crenças e Religião dos Utentes	1.60	0.00	1.60
Equipamento e Processos	1.00	0.50	1.50
Criar Condições para Estabelecer Empatia	1.50	0.00	1.50
Obrigação para com o Utente	1.30	0.00	1.30
Fazer o Controlo da Funcionalidade dos Aparelhos	1.20	0.00	1.20

Valorizar o Bom Trabalho	1.20	0.00	1.20
Tempos de Espera	1.20	0.00	1.20
Pouca Orientação nos Profissionais Mais Jovens	1.10	0.00	1.10
Experiência Profissional	1.00	0.00	1.00
Assumir a Responsabilidade do Ato Realizado	1.00	0.00	1.00
Reconhecimento dos Meus Limites	1.00	0.00	1.00
Responsabilidade Social	1.00	0.00	1.00
Valorizar a Pessoa	1.00	0.00	1.00
Justiça Organizacional	1.00	0.00	1.00
Criar Relações Viáveis entre os Vários Elementos Profissionais de um Serviço	1.00	0.00	1.00
Trabalho em Equipa	1.00	0.00	1.00
Profissionais de Saúde têm Deveres mas também têm Direitos	0.90	0.00	0.90
Responsável pelos Atos	0.90	0.00	0.90
Humildade	0.90	0.00	0.90
Capacidade para Reconhecer os Erros	0.90	0.00	0.90
Omissão	0.90	0.00	0.90
Gastos Desnecessários	0.90	0.00	0.90
Estabelecer Regras Viáveis e Aplicáveis	0.90	0.00	0.90
Índices de Produtividade	0.90	0.00	0.90
Falta de Tempo/Pressão	0.90	0.00	0.90
Justiça Entre Parcerias Institucionais	0.90	0.00	0.90
Consentimento Informado	0.90	0.00	0.90
Justiça Entre Pares	0.90	0.00	0.90
Diretivas Europeias	0.90	0.00	0.90
Barreiras Físicas	0.90	0.00	0.90
Localização do Hospital	0.90	0.00	0.90
Escutar com Atenção o Utente	0.80	0.00	0.80
Dar Importância ao Utente	0.80	0.00	0.80
Estabelecer Relação com o Utente	0.80	0.00	0.80
Ser Verdadeiro com o Utente	0.80	0.00	0.80
Empatia	0.80	0.00	0.80
Observação do Utente com Respeito	0.80	0.00	0.80
Dar Tempo ao Utente	0.80	0.00	0.80

Realizar o Trabalho Possível no Tempo Disponível	0.80	0.00	0.80
Não Utilização de Recursos Disponíveis	0.80	0.00	0.80
Observação	0.80	0.00	0.80
Desanimo Remuneratório	0.80	0.00	0.80
Benefício (Radiação)	0.80	0.00	0.80
Justiça e Equidade para os Utentes	0.80	0.00	0.80
Proteção Judicial dos Funcionários	0.80	0.00	0.80
O Profissional não tem Direito à Saúde, se Faltar, o Colega Segue Turno	0.80	0.00	0.80
Sentido Pertença (Indispensável para Trabalho de Equipa)	0.80	0.00	0.80
Partilha de Dificuldades	0.80	0.00	0.80
Influenciar as Administrações para Alterações Importantes	0.80	0.00	0.80
Diminuição da Qualidade dos Materiais	0.80	0.00	0.80
Reencaminhar Utentes para Clínicas Privadas	0.80	0.00	0.80
Encontrar Formas de Comunicação Diagnóstica	0.70	0.00	0.70
Informar na Medida Requerida pelo Utente	0.70	0.00	0.70
Adequar as Instalações às Necessidades Assistenciais	0.70	0.00	0.70
Estruturar Formação a Todos os Níveis Profissionais	0.70	0.00	0.70
Valorizar as Estruturas e Adaptá-las em Melhoria de Cuidados	0.70	0.00	0.70
Falta de Sinalética	0.70	0.00	0.70
Risco de Saúde (Radiação)	0.70	0.00	0.70
Ambiente entre Profissionais	0.70	0.00	0.70
Condições Precárias	0.70	0.00	0.70
Exame da Especialidade com Perguntas Muito Pormenorizadas, Sem Capacidade de Raciocínio	0.70	0.00	0.70
Passear nas Horas de Serviço	0.60	0.00	0.60
Perda de Tempo (Pequeno-Almoço)	0.60	0.00	0.60
Relação Pobre com os Familiares do Doente	0.60	0.00	0.60
Desconhecimento do Papel Esperado	0.60	0.00	0.60
Estruturar os Serviços para Melhorar a Funcionalidade	0.60	0.00	0.60
Dar Preferência a uns em Detrimento de Outros	0.60	0.00	0.60
Barreiras Sociais	0.60	0.00	0.60
Rede de Transportes	0.60	0.00	0.60
Falta de Formação Profissional	0.50	0.00	0.50
Saber Respeitar o Colega de Trabalho	0.50	0.00	0.50

Estado de Saúde do Próprio Profissional	0.50	0.00	0.50
Lidar com a Recusa pela Parte do Utente	0.50	0.00	0.50
Desenvolver a Disponibilidade Pessoal	0.50	0.00	0.50
Decisão de Tratamento Adequada	0.50	0.00	0.50
Falta das Especialidades Médicas	0.50	0.00	0.50
Normalizar com Inteligência	0.50	0.00	0.50
Pequenos Gestos, Grandes Conquistas	0.50	0.00	0.50
Modas (prescrever um medicamento mais caro em detrimento do mais barato)	0.50	0.00	0.50
Falta de Ferramentas de Trabalho	0.50	0.00	0.50
Cunha	0.50	0.00	0.50
Etnia	0.50	0.00	0.50
Efeitos Deletérios	0.40	0.00	0.40
Ser Simpático para os Outros	0.40	0.00	0.40
Incentivo Remuneratório	0.40	0.00	0.40
Favoritos	0.40	0.00	0.40
Falta de Recursos Financeiros	0.40	0.00	0.40
Segurança do Utente	0.40	0.00	0.40
Justiça para o Utente	0.30	0.00	0.30
Falta de Humanismo	0.30	0.00	0.30
Pontualidade	0.30	0.00	0.30
Medo	0.30	0.00	0.30
Infeções Hospitalares	0.30	0.00	0.30
Conhecimento dos Recursos	0.30	0.00	0.30
Procurar Culpados	0.30	0.00	0.30
Falta de Concentração	0.20	0.00	0.20
Insatisfação	0.20	0.00	0.20
Desconhecimento da Prática	0.20	0.00	0.20
Dar Informações Erradas	0.20	0.00	0.20
Incumprimento Por Parte das Administrações de Regras Justas	0.20	0.00	0.20
Pouca Confidencialidade	0.20	0.00	0.20
Má Distribuição dos Cuidados	0.20	0.00	0.20
Desconhecimento Por Parte dos Utentes dos Seus Deveres	0.20	0.00	0.20
Utentes Acharem que só Eles Têm Direitos	0.20	0.00	0.20

Necessidade de Cuidados em Consequência de Erros Terapêuticos	0.20	0.00	0.20
Falta de Profissionalismo	0.10	0.00	0.10
Atuar sem Conhecimento	0.10	0.00	0.10
Negligência Profissional	0.10	0.00	0.10
Os Meus Direitos são Mais Importantes do que do Outro	0.10	0.00	0.10
Desmotivação	0.10	0.00	0.10
Má Educação	0.10	0.00	0.10
Desconhecimento das suas Funções	0.10	0.00	0.10
Falta de Brio: "Estar nas Tintas"	0.10	0.00	0.10
Passar Receitas Sem Necessidade	0.10	0.00	0.10
Facilitismo	0.10	0.00	0.10
Prestação da Qualidade de Serviço Dependendo da Classe Social, Estatuto ou Religião	0.10	0.00	0.10
Erros na Implementação da Prescrição	0.10	0.00	0.10
Conhecimento da Lei e Desrespeito Deliberado	0.10	0.00	0.10
Pressão de Gestores Hospitalares	0.10	0.00	0.10
Sistemas Informáticos	0.10	0.00	0.10
Sentido Pertença (Não Permite Espírito de Grupo)	0.10	0.00	0.10
Luta de Força/Poder entre Médicos, Enfermeiros e Técnicos	0.10	0.00	0.10
Falta de Espírito de Equipa	0.10	0.00	0.10
Má Relação Entre Pares	0.10	0.00	0.10
Políticas Governamentais	0.10	0.00	0.10
Desconhecimento da Lei	0.10	0.00	0.10
Problemas de Equipamento	0.10	0.00	0.10
Não Existir Diálogo entre a Equipa Multidisciplinar	0.00	0.10	0.10
Desconhecimento da Lei	0.10	0.00	0.10