

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Ética e gestão hospitalar: uma reflexão baseada na perceção dos profissionais de saúde

Deborah Motta de Carvalho Haringer

+

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

Orientador:

Professor Filipe Roberto de Jesus Ramos, Professor Auxiliar Convidado ISCTE Business School, Departamento de Métodos Quantitativos para Gestão e Economia

Coorientadora:

Professora Ana Maria Ramires Príncipe dos Santos, Professora Auxiliar, Universidade Europeia, Lisboa

outubro, 2020

**ÉTICA E GESTÃO HOSPITALAR:
UMA REFLEXÃO BASEADA NA PERCEÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Deborah Motta de Carvalho Haringer



Departamento Marketing, Operações e Gestão em Geral

Ética e gestão hospitalar: uma reflexão baseada na perceção dos profissionais de saúde

Deborah Motta de Carvalho Haringer

Mestrado em gestão

Orientador:

Professor Filipe Roberto de Jesus Ramos, Professor Auxiliar Convidado ISCTE Business School, Departamento de Métodos Quantitativos para Gestão e Economia

Coorientadora:

Professora Ana Maria Ramires Príncipe dos Santos, Professora Auxiliar, Universidade Europeia, Lisboa

outubro, 2020

Agradecimentos

Em primeiro lugar a Deus, por mais essa etapa em minha vida

A minha família pelo apoio e incentivo, aos meus pais que sempre estarão ao meu lado, aos meus filhos pela paciência da espera, e ao meu marido por sua presença neste momento

Aos meus colegas pela sua existência e apoio em todos os instantes

E a todos os professores pela orientação precisa e a paciência da orientação em um momento difícil para toda HUMANIDADE neste ano de 2020

Que tenhamos força de continuar a suplantar todos os desafios impostos no nosso dia a dia

Resumo

Introdução: O setor da saúde inserido em um contexto delicado, e os conflitos éticos no cotidiano das unidades, interfere na dignidade do profissional, constituindo campo de intervenção para gestão. Foco será um hospital público do Rio de Janeiro, que, diante das políticas públicas impostas, não acompanhou as necessidades populacionais. **Objetivo:** Percepção dos profissionais que atuam em um setor de um hospital relativo à Ética e Gestão Hospitalar. Justifica-se pela importância para comunidade científica, até 2019, poucos trabalhos e pesquisas foram publicados para a investigação em torno da ética hospitalar. **Metodologia:** Desenvolvido numa metodologia quantitativa, com preenchimento de um questionário, abrangendo 181 profissionais que exercem as suas funções em um setor do hospital. Analisados através software SPSS - com análise descritiva com o cruzamento de variáveis, a realização de uma nuvem de palavras. **Resultados:** Em relação a ética nas decisões, a maioria concorda que a ética está presente, sendo os problemas éticos tratados da maneira correta. A entidade não responsabilizar-se em transmitir como funcionam as práticas éticas sendo prejudicial tanto ao profissional, como para o paciente exposto a violações. **Conclusões:** A percepção dos profissionais considera a ética e a boa gestão hospitalar existe na unidade de saúde onde trabalham. Necessário, que a gestão hospitalar olhe para a ética como estratégica na rotina dos profissionais e não só em momentos de crise. Este trabalho pretende refletir a ética na gestão hospitalar.

Palavras-Chave: Ética; Profissionais de Saúde; Políticas Governamentais; Gestão Pública.

Classificação JEL: I1; M1.

Abstract

Introduction: The health sector inserted in a delicate context, and ethical conflicts in the daily life of the units, interfere in the dignity of the professional, constituting a field of intervention for management. Focus will be a public hospital in Rio de Janeiro, which, in view of the public policies imposed, did not follow the populations needs. **Objective:** Perception of professionals working in a sector of a hospital related to Ethics and Hospital Management. It is justified by the importance for the scientific community, until 2019, few studies and research have been published for the investigation around hospital ethics. **Methodology:** Developed in a quantitative methodology, with completion of a questionnaire, covering 181 professionals who perform their functions in a sector of the hospital. Analyzed through SPSS software - with descriptive analysis with the crossing of variables, the realization of a cloud of words. **Results:** Regarding ethics in decisions, most agree that ethics is present, and ethical problems are treated in the correct way. The entity is not responsible for transmitting how ethical practices work, being harmful to both the professional and the patient exposed to violations. **Conclusions:** The perception of professionals consider ethics and good hospital management exists in the health unit where they work. It is necessary that hospital management look at ethics as strategic in the routine of professionals and not only moments of crisis. This work aims to reflect ethics in hospital management.

Keywords: Ethics; Health Professionals; Government Policies; Public Management.

JEL classification: I1; M1.

Índice Geral

Introdução	1
Capítulo 1 – Revisão da literatura	5
1.1 Ética em Saúde – Bioética	5
1.2 Gestão de Serviços por Meio da Ética.....	11
1.3 Práticas Éticas na Rotina de Trabalho	13
1.4 Ética e Moralidade da Gestão Hospitalar	15
1.5 Ética do Profissional.....	20
1.6 Responsabilidade Civil Médica	27
1.7 O Hospital.....	29
1.8 Responsabilidades e Riscos	31
1.8.1 Fatores Individuais	35
1.8.2 Fatores Psicossociais	37
1.9 Gestão Ética.....	44
1.9.1 Gestor Hospitalar	46
1.9.2 Rotatividade de Colaboradores.....	47
1.9.3 Estratégias na Gestão Hospitalar	47
1.9.4 Ética e Qualidade no Atendimento	48
1.10 Evolução da Gestão das Organizações Hospitalares e a Acreditação Hospitalar no Brasil	49
1.10.1 A Série ISO 9000:2000	51
1.10.2 A Norma NBR ISO 9001:2015	52
Capítulo 2 - Metodologia.....	55
2.1 Métodos de Investigação	55
2.2 População, Amostragem e Recolha de Dados	56
2.3 Instrumentos de Recolha de Dados	57
2.4 Procedimentos de Análise dos Dados.....	59
Capítulo 3 – Apresentação e discussão de resultados	60
3.1 Caracterização da Amostra.....	60
3.2 Apresentação de Resultados	61
3.2.1 Práticas éticas na rotina de trabalho	61
3.2.2 Práticas éticas na privacidade e confidencialidade do paciente	68
3.2.3 Práticas éticas em alocação de recursos	72

3.2.4 Práticas éticas na gestão	79
3.2.5 Conformidade e integridade na gestão	88
3.2.6 Opinião global	93
3.3 Discussão de Resultados.....	97
3.3.1 Práticas éticas na rotina de trabalho	97
3.3.2 Práticas éticas na privacidade e confidencialidade do paciente	101
3.3.3 Práticas éticas em alocação de recursos	102
3.3.4 Práticas éticas na gestão	104
3.3.5 Conformidade e integridade na gestão	105
Capítulo 4 - Conclusão	108
Referências	112
Anexos	124
Anexo A - Questionário “Ética e Gestão Hospitalar: uma reflexão baseada na percepção dos profissionais de saúde”	124
Anexo B – Respostas do Questionário	132

Índice de figuras

Figura 1 - Estrutura organizacional segundo Mintzberg	14
Figura 2 - Processo de Gestão de Risco	34
Figura 3.1 - Análise do perfil da amostra	60
Figura 3.2 – Baixa frequência de tratamento de forma justa, por perfil da amostra	62
Figura 3.3 – Concordância com sobreposição de ordens superiores ao interesse do paciente, por perfil da amostra	63
Figura 3.4 – Discordância da presença da ética nas decisões dos profissionais, por perfil da amostra	64
Figura 3.5 - Relutância em discutir questões éticas, por perfil da amostra	65
Figura 3.6 - Tratamento igualitário e promessas para os profissionais, por perfil da amostra	66
Figura 3.7 - Seguimento em problemas éticos reportados pelos profissionais, por perfil da amostra	67
Figura 3.8 - Familiaridade com o serviço de ética do hospital, por perfil da amostra	68
Figura 3.9 - Acesso a informações privadas do paciente, por perfil da amostra	69
Figura 3.10 - Acesso a documentação do paciente, por perfil da amostra	70
Figura 3.11 - Acesso a registo dos pacientes, por perfil da amostra	71
Figura 3.12 - Existência de informativos sobre privacidade e confidencialidade, por perfil da amostra	72
Figura 3.13 - Impacto do controle de custos no atendimento de qualidade, por perfil da amostra	73
Figura 3.14 - Frequência de informação de alocação de recursos pela gerência, por perfil da amostra	74
Figura 3.15 - Frequência de alocação dos recursos por vantagens financeiras, por perfil da amostra	75
Figura 3.16 – Justiça na alocação de recursos entre programas e serviços, por perfil da amostra	76
Figura 3.17 – Consistência entre alocação de recursos, missão e valores do hospital, por perfil da amostra	77
Figura 3.18 – Entendimento dos processos de tomada de decisão para alocação dos recursos, por perfil da amostra	78
Figura 3.19 – Nível de formação nos aspectos éticos de alocação dos recursos	78
Figura 3.20 – Sobreposição de indicadores de desempenho ao interesse do paciente	79

Figura 3.21 – Visão dos profissionais quanto à preocupação dos gestores sobre questões éticas	80
Figura 3.22 - Respeito aos padrões éticos, por perfil da amostra.....	81
Figura 3.23 – Opinião dos profissionais quanto à frequência com que recebem <i>feedback</i>	82
Figura 3.24 - Tolerância a retaliações ao relatar violação ética, por perfil da amostra.....	83
Figura 3.25 - Frequência de impedimento de admissão de profissionais com éticas questionáveis, por perfil da amostra.....	84
Figura 3.26 - Comunicação da ética como prioridade pelos gestores	85
Figura 3.27 – Consideração da opinião da equipe em tomada de decisões com implicações éticas, por perfil da amostra.....	86
Figura 3.28 - Consideração da opinião dos mais experientes da equipe em tomada de decisões com implicações éticas, por perfil da amostra.....	87
Figura 3.29 - Consideração da conduta ética pelo superior na avaliação de desempenho, por perfil da amostra	88
Figura 3.30 - Frequência de comunicações que causam incertezas ou preocupações éticas....	89
Figura 3.31 - Frequência que relações interpessoais influenciam negativamente em decisões da gestão	90
Figura 3.32 - Existência de liberdade para conversa com superior hierárquico, por perfil da amostra	91
Figura 3.33 - Frequência em conforto ao relatar uma não conformidade a um superior, por perfil da amostra.....	92
Figura 3.34 – Nível de satisfação por faixa etária	93
Figura 3.35 – Nível de satisfação por nível de instrução.....	94
Figura 3.36 - Percepção sobre o comprometimento ético do Hospital.....	94

Índice de quadros

Quadro 1 - Diferença de gênero nos riscos e nas repercussões para saúde.....	36
Quadro 2 - Exemplos de riscos psicossociais	38
Quadro 3- Descrição dos mais importantes fatores de riscos organizacionais	40
Quadro 3.1 - Justiça no tratamento dos doentes	62
Quadro 3.2 - Sobreposição de ordens superiores ao interesse do paciente	63
Quadro 3.3 - Presença da ética nas decisões dos profissionais	64
Quadro 3.4 - Relutância em discutir questões éticas.....	65
Quadro 3.5 - Tratamento igualitário e promessas para os profissionais.....	65
Quadro 3.6 - Seguimento em problemas éticos reportados pelos profissionais	66
Quadro 3.7 - Familiaridade com o serviço de ética do hospital	67
Quadro 3.8 - Acesso a informações privadas do paciente.....	68
Quadro 3.9 - Acesso a documentação do paciente	69
Quadro 3.10 - Acesso a registo dos pacientes	70
Quadro 3.11 - Existência de informativos sobre privacidade e confidencialidade	71
Quadro 3.12 - Impacto do controle de custos no atendimento de qualidade.....	72
Quadro 3.13 - Existência de informação de alocação de recursos pela gerência	73
Quadro 3.14 - Existência de alocação dos recursos por vantagens financeiras.....	74
Quadro 3.15 - Justiça na alocação de recursos entre programas e serviços	75
Quadro 3.16 - Nível da consistência entre alocação de recursos, missão e valores do hospital	76
Quadro 3.17 - Entendimento dos processos de tomada de decisão para alocação dos recursos	77
Quadro 3.18 -Nível de formação nos aspectos éticos de alocação dos recursos	78
Quadro 3.19 - Sobreposição de indicadores de desempenho ao interesse do paciente	79
Quadro 3.20 - Existência de preocupação com o comportamento ético	80
Quadro 3.21 - Respeito aos padrões éticos.....	80
Quadro 3.22 - Existência de feedback positivo a posturas éticas.....	81
Quadro 3.23 - Tolerância a retaliações ao relatar violação ética.....	82
Quadro 3.24- Frequência de impedimento de admissão de profissionais com éticas questionáveis	83
Quadro 3.25 - Existência de comunicação da ética como prioridade.....	84

Quadro 3.26 - Existência de tomada de decisões com opinião da equipe	85
Quadro 3.27 - Existência de tomada de decisões com opinião dos mais experientes da equipe	86
Quadro 3.28 - Consideração da conduta ética pelo superior na avaliação de desempenho	87
Quadro 3.29 - Frequência de comunicações que causam incertezas ou preocupações éticas ..	88
Quadro 3.30 - Frequência que relações interpessoais influenciam negativamente em decisões da gestão	89
Quadro 3.31 - Existência de liberdade para conversa com superior hierárquico	90
Quadro 3.32 - Frequência em conforto ao relatar uma não conformidade a um superior	91
Quadro 3.33- Reporte de condutas que violam a ética	92
Quadro 3.34 - Nível de satisfação com a resposta ao reporte	92
Quadro 3.35 - Classificação do hospital com relação à ética	93
Quadro 3.36 – Resultados de Teste de Kruskal-Wallis em relação à Função	95
Quadro 3.37 – Resultados de Teste de Kruskal-Wallis em relação ao Tempo de Serviço	96
Quadro 3.38 – Resultados de Teste de Kruskal-Wallis em relação ao Cargo	96
Quadro 3.39 – Resultados de Teste de Kruskal-Wallis em relação ao Tipo de Contrato e Habilitações Acadêmicas.....	96

Introdução

O sistema público brasileiro, contemplado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é protocolado pela Constituição Federal do Brasil (1988) que estabelece, no artigo 198º, “a saúde como direito social e dever do Estado”. A realização de tal determinação é algo complexo para os gestores em saúde, diante de uma população calculada em mais de 210 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2020). A construção de um modelo de gestão da saúde democrático, universal e igualitário, que cubra integralmente as pessoas, constrói-se e estrutura-se, dia a dia, como um processo social e político. Este processo realiza-se por meio da construção de políticas públicas voltadas à saúde das populações (Aguiar, D. Santana & P. Santana, 2015). É, ainda, de observar o SUS resulta numa combinação entre o sistema público e a iniciativa privada, tratando-se de um sistema de saúde que se desdobra no subsistema SUS estadual e no subsistema SUS municipal, estando a ênfase neste último (Ministério da Saúde, 2000).

Para a construção da gestão do SUS, Pimentel, Carvalho e Fontes (2018) afirmam que é fundamental que se reoriente o modelo assistencial vigente no país. O modelo atual foi resultado de uma combinação complementar e antagônica de um modelo médico-assistencial totalmente privatista e “sanitarista”, que separa assistência e prevenção. Segundo os autores, não existia apenas a necessidade de uma reorientação do modelo, mas também um novo entendimento de que deveria discutir a proposta de SUS.

A gestão do SUS regula, em todo o território nacional, os serviços e ações em saúde, e é definida no artigo 198 da Lei nº 8.080 (1990) como “ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada”.

Em 1990, também se regulamenta a Lei nº 8.142 (1990) que dispõe sobre a participação da comunidade, por meio de conselhos e conferências, na organização do SUS. Além disso, essa lei aborda as questões do financiamento e das transferências intergovernamentais. Nessa lei, é ainda referido que deverão existir reuniões a cada quatro anos com a representação de diversos segmentos sociais para que se proponham diretrizes na política de saúde nos níveis correspondentes (Rolim, Cruz & Sampaio, 2013).

Segundo Pimentel et al. (2018), foram criadas, concomitantemente, as Normas Operacionais Básicas (NOB), que são um instrumento jurídico e institucional editado pelo Ministério da Saúde (s. d.) periodicamente para aprofundar e reorientar a implementação do

SUS. Nas NOBs, define-se novos objetivos estratégicos, novas prioridades, novas diretrizes e a operacionalização, além de regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS.

Desenvolver atividades na área da saúde, especialmente da saúde pública hospitalar é um desafio técnico, mas, sobretudo, um enorme desafio ético no sentido de que é preciso que os gestores e os profissionais de saúde driblem toda a máquina administrativa que se apresenta corrupta e incapaz. Neste sentido, como refere Kihara e Monutti (s/d), “As fraudes custam às operadoras de planos de saúde no Brasil quase R\$ 20 bilhões e elevam, em cerca de um terço, o custo dos procedimentos médicos (...). Em última análise, isso prejudica o avanço na qualidade dos serviços de saúde prestados à população”. Também Hussein (2017) alerta que “Os escândalos recentes, incluindo alegações muito graves sobre funcionários de alto nível no Brasil e em Honduras, revelaram o quão profundamente a corrupção está inserida em todos os níveis de governança em muitos países das Américas, muitas vezes ligados ao crime organizado e ao tráfico de drogas”. A corrupção é a negação da ética, fazendo com que as organizações afastem de seu propósito, servindo apenas alguns e prejudicando a grande maioria.

Assim, a motivação para implementar este estudo foi o fato de que a autora desenvolve as suas atividades profissionais dentro de uma unidade hospitalar pública do Rio de Janeiro, vivenciando, dia após dia, toda a complexidade que envolve o gestor e, conseqüentemente, o atendimento.

Dentro de tal contexto, este estudo foi desenvolvido, tendo, como objetivo geral, refletir sobre a ética na gestão dos serviços públicos de saúde, buscando identificar qual a percepção dos profissionais para o mercado de trabalho, assim como testar o seu conhecimento e percepções sobre a ética profissional.

No que concerne aos objetivos específicos, definiu-se:

- (i) caracterizar a gestão de pessoas em unidades hospitalares;
- (ii) levantar as principais questões éticas associadas a unidades hospitalares;
- (iii) levantar as principais questões éticas relacionadas com as práticas dos profissionais de saúde a trabalhar num hospital;
- (iv) analisar como a gestão hospitalar pode respeitar as questões éticas inerentes às práticas hospitalares.

Quanto à metodologia, optou-se por uma investigação de caráter quantitativo, de natureza descritiva, assente no preenchimento de um questionário. A população em estudo é composta por médicos, enfermeiros, técnicos e demais profissionais que atuam na assistência aos pacientes atendidos no Serviço de Terapia Intensiva de um hospital público no município do Rio de Janeiro. Para isso, foi retirada uma amostra de conveniência de um hospital da rede

pública do município do Rio de Janeiro, e assim enviado um questionário via *e-mail* para os profissionais, cujo retorno totalizou 181 preenchimentos. O estudo contou com uma amostra formada por pessoas de diversas funções no setor hospitalar. Os dados foram analisados através do Microsoft Excel e do software SPSS – *Statistical Package for the Social Science*.

Quanto às questões de investigação, fio orientador de todo o estudo, definiram-se as seguintes:

- quais os fatores individuais que ocasionam uma conduta ética nos serviços públicos de saúde?
- como a ética é entendida pelos profissionais de saúde?
- de que forma os profissionais de saúde encaram as questões éticas na sua prática profissional?
- quais os impactos na gestão hospitalar resultantes da percepção da ética pelos profissionais?

O trabalho assume interesse pelo fato de se analisar como a gestão dos profissionais de saúde consegue responder aos dilemas éticos, explorando suas percepções e experiências.

Nessa linha, este trabalho apresenta-se com uma proposta para a reflexão em torno das percepções dos profissionais, contribuindo para a melhoria do sistema de saúde. Um relacionamento colaborativo, conciliatório e não fiscalizatório poderá surtir em melhorias de arranjos organizacionais no rumo da eficiência e equidade entre os serviços envolvidos, visando a fornecer serviços de saúde adequados à imensa população brasileira.

Por fim, no que tange à estrutura geral do trabalho, a dissertação incluiu Introdução e quatro capítulos:

- A Introdução retratou o estudo e os questionamentos da pesquisa, juntamente com a motivação para o presente estudo, problemática, os objetivos (geral e específicos), questões de investigação, método de investigação e a estrutura da dissertação;
- O primeiro capítulo apresenta o desenvolvimento teórico, ou seja, a revisão de literatura, fazendo uma revisão sobre conceitos como a ética e saúde (bioética), a ética e gestão hospitalar, as práticas éticas na rotina de trabalho, a ética do profissional, a evolução da gestão das organizações hospitalares, entre outros;
- O segundo capítulo, a metodologia, versa sobre os métodos de investigação, a população, amostragem e recolha de dados, bem como sobre os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de análise dos dados;

- No terceiro capítulo, apresentação e discussão de resultados, faz-se inicialmente uma caracterização da amostra, em seguida apresentam-se os resultados, terminando com uma discussão dos mesmos;
- O quarto capítulo refere-se às conclusões, recomendações, implicações para a teoria e para a prática, limitações e sugestões para investigações futuras.

Capítulo 1 – Revisão da literatura

1.1 Ética em Saúde – Bioética

As questões éticas envolvendo a área da saúde possuem um histórico. Já os gregos influenciados pela filosofia, e particularmente por Hipócrates, tinham por base um código de regras e comportamento direcionados para o médico, onde eram descritas condutas de aparência saudável, de forma a promover a serenidade, autocontrole, compaixão e devoção, objetividade, responsabilidade e compromisso com o bem-estar da pessoa doente (Schuh & Albuquerque, 2009).

Para Luiz (2005), a ética produz reflexões sobre os fundamentos morais, trata do terreno dos valores, da distinção entre bem e mal, certo e errado. Contudo, dependendo das civilizações, várias foram as formas que tais valores e princípios assumiram, de acordo com os contextos históricos e sociais, em que as necessidades e desafios para a prática apresentaram características muito diversas.

Para Cortina (2005) *apud* Oliveira e Capanema (2009: 13), a ética é vista como:

... um tipo de saber indiretamente normativo no sentido de que se propõe a orientar as condutas humanas (...), como filosofia moral que remonta à reflexão sobre as eferentes morais e as diferentes maneiras de justificar racionalmente a vida moral, de modo que sua maneira de orientar a ação é indireta: no máximo, pode indicar qual concepção moral é mais razoável para que, a partir dela, possamos orientar nossos comportamentos.”

Segundo Pires (2008), a ética em saúde está relacionada com qualidade dos cuidados prestados no cotidiano. A ética e os princípios éticos devem estar sempre presentes durante o exercício profissional, com a finalidade de respeitar a dignidade de cada pessoa. A prática profissional orientada pela ética torna-se ainda mais importante porque o contato pessoal é inevitável.

Schuh e Albuquerque (2009: 56) mencionam que cuidado significa zelo, carinho, diligência, vigilância, bom trato. Segundo as autoras, o cuidado só surge quando a existência de uma pessoa tem valor para a outra. Neste sentido, as autoras defendem que “mais do que o cartesiano ‘penso, logo existo’ (*cogito ergo sum*), vale o ‘sinto, logo existo’ (*sentio ergo sum*)”. Esta assertiva reflete-se na preocupação com as questões éticas envolvendo os profissionais da área da saúde, tanto na prática do dia-a-dia, como nas pesquisas, as quais requerem a capacidade de renovação e aprofundamento permanentemente.

Para Singer (2011: 4), ética significa:

... conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam, ou chamam a si a autoridade de guiar, as ações de um grupo em particular (moralidade), ou é o estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir (filosofia moral).

A bioética emergiu como um movimento interdisciplinar para questionar e refletir sobre os temas concretos que vêm surgindo na sociedade atual, definida como estudo sistemático da conduta humana da área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, orientando-se por princípios e valores tradicionais, como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Por outro lado, a sustentabilidade do planeta, a natureza e a dignidade humana, a biotecnologia e outras temáticas que se cruzam com os cuidados em saúde transpõem qualquer fronteira que limitem áreas específicas do conhecimento. Por esta razão, Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009) afirmam que o ensino assente apenas em questões relacionadas com a prática de enfermagem não está adequado a desafiar os alunos a refletirem, com profundidade, sobre o seu desenvolvimento moral, sendo fundamental que as instituições tenham noção do interesse das disciplinas de ética e bioética no plano de estudos para que o aluno tenha contato com a realidade no seu percurso acadêmico e o prepare para sua atividade profissional.

Nogueira, Loureiro e E. Silva (2014) sublinham que a bioética é uma nova abordagem de caráter pluridisciplinar que procura tomar decisões com base nos valores éticos para uma gestão responsável do ser humano, da sua vida e da sua morte no mundo em que a evolução dos conhecimentos e da tecnológica possibilita uma intervenção cada vez maior na pessoa. Desta forma, a bioética emerge como uma nova expressão do humanismo, ou seja, como uma nova forma de valorizar e proteger o ser humano

A bioética pode ser percebida como:

... ciência, disciplina ou movimento de intervenção social e centra a sua atuação, fundamentalmente, no agir da pessoa humana e nas consequências que daí resulta, pretendendo com isso melhorar as realidades da vida e do viver. (Azevedo, 2010: 255).

Conforme Van Potter (1998) *apud* Azevedo (2010: 255), a bioética é como uma “ponte para um futuro com dignidade e qualidade de vida humana”. Sobre a bioética, Nunes (2001) *apud* Azevedo (2010: 256) acrescenta:

“... embora a ética médica seja uma das vertentes fundamentais da Bioética e, ainda que a tônica geral da Bioética seja a preocupação com a sobrevivência da espécie humana, uma Bioética global deve ter em linha de conta a preservação da biodiversidade e dos ecossistemas”.

A gestão de serviços médicos, no contexto da atualidade, traz uma procura incessante por eficiência em todo o ramo empresarial ou de atendimento ao público, e isso reúne, também,

os hospitais, tendo em vista o caráter excessivamente competitivo da atualidade, que faz com que seja preciso uma qualidade superior a do padrão existente para que as pessoas possam preferir um serviço a outro tão semelhante (R. B. Silva & M. C. Silva, 2016).

Dessa forma, pode-se dizer que ela existe para melhorar a qualidade do serviço oferecido pelas empresas, a fim de conseguir cair no gosto do público. Para que isso aconteça, é necessário que exista uma administração por trás, a fim de administrar esses recursos que fazem a diferença: essa seria a gestão de serviços. Ela serve para criar diferenciais que visam aumentar a competitividade entre as empresas na administração dos seus serviços, tentando, assim, arrecadar um público que não seja apenas número, mas fiel (R. B. Silva & M. C. Silva, 2016).

De acordo com Ravioli (2018:12):

“A produção científica sobre gestão dos serviços de saúde no Brasil tem tratado da orientação da gestão de hospitais e unidades públicas, das práticas de gestores, da natureza e controle dos convênios, dos processos de trabalho e da percepção de usuários, principalmente por meio de relatos, ensaios, estudos de caso e pesquisas avaliativas. Quanto à gestão do sistema de saúde, os estudos até agora abordaram, dentre outros temas, a gestão participativa, o financiamento, a regulação e a avaliação de serviços”.

Dessa forma, observa-se que há uma carência de produção científica sobre serviços de saúde no Brasil e a percepção dos usuários, sejam eles da rede pública, como frisados pelo autor, ou da rede particular, que não observa muito a avaliação dos seus serviços, o sistema de saúde implantado, os seus relatos de caso, entre outros.

Silva *et al.* (2018), no estudo que desenvolvem para demonstrar a conduta ética dos profissionais de saúde com pacientes oncológicos terminais, ressaltando a importância da reflexão sobre o fim da vida para os mesmos, concluem que é necessário que esse assunto esteja mais em voga, tendo em vista seu caráter oportuno e primordial.

Ao longo do que pode ser visto nas últimas décadas, a gestão do controle de custos das empresas relacionadas com a saúde foi colocada como fator principal quando se pensa na gestão hospitalar. Entretanto, pode ser detectado que esse foi um erro terrível no que se trata da gestão de serviço, pois acabou falindo as instituições, que entraram em colapso financeiro devido à redução de custos, que acarretou a queda na qualidade e, assim, com a perda de público, os hospitais acabaram por ficarem sem verba (A. Silva *et al.*, 2018).

Sendo assim, aqui será discorrido como funciona a gestão de serviços e quais as oportunidades de melhoria nessa área, por meio de uma revisão teórica com autores renomados sobre o assunto. A gestão de serviços pode ser definida como a administração de serviços para o público, que podem ser variados. Serviços podem ser definidos como:

“Serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra. Embora o processo possa estar ligado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta em propriedade de nenhum dos fatores de produção. São atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes em tempos e lugares específicos, como decorrência da realização de uma mudança desejada pelo destinatário do serviço” (Lovelock & Wright, 2003: 5).

Dessa maneira, pode-se perceber que administrar esse serviço é o que caracteriza a gestão de serviços que pode ser palpável e concreta, como serviços físicos, ou serviços mais subjetivos como tratar da saúde ou de áreas não visíveis; como estudo, entre outros. A *American Marketing Association* (1960) *apud* Grönroos (1995: 94) define serviços como “atividades, benefícios ou satisfações que são colocados à venda ou proporcionados em conexão com a venda de bens.” Dessa maneira, as satisfações envolvidas nos serviços principais também entrariam nessa definição global de serviços, fazendo parte, de forma tão importante quanto, da definição dos mesmos (A. Silva *et al.*, 2018).

Já Kotler (1988: 5), define serviço como “qualquer atividade ou benefício que uma parte possa oferecer a outra, que seja essencialmente intangível e que não resulte propriedade de alguma coisa. Sua produção pode ou não estar ligada a um produto físico.” Assim, entende-se que o serviço não necessariamente está ligado aos produtos na sua forma física, mas a forma como eles são oferecidos também importa muito para o cliente.

Segundo as lacunas éticas, a ética médica envolve examinar um problema específico, geralmente um caso clínico, e usar valores, fatos e lógica para decidir qual deve ser o melhor curso de ação. Alguns problemas éticos são bastante diretos, como determinar o certo do errado. Mas outros também podem ser mais desconcertantes, como decidir entre dois “direitos” - dois valores que estão em conflito entre si - ou decidir entre dois sistemas de valores diferentes, como o paciente *versus* o médico (Oliveira, 2013).

Os médicos podem lidar com uma grande variedade de problemas éticos desconcertantes, mesmo numa pequena prática médica. Rodwin (1993) identifica alguns problemas comuns nos quais pelo menos alguns médicos tiveram opiniões diferentes: retenção de tratamento para atender ao orçamento de uma organização ou devido a apólices de seguro; aceitar dinheiro de fabricantes de produtos farmacêuticos ou de dispositivos; envolver-se romanticamente com um paciente ou membro da família; encobrir um erro; relatar um colega prejudicado; prescrever um placebo; praticar medicina defensiva para evitar ações judiciais por negligência; largando seguradoras; e violar a confidencialidade do paciente devido a um risco à saúde.

Os padrões profissionais são uma maneira de fornecer orientação sobre problemas éticos, mas eles não podem abordar todas as questões e podem não abordar nuances preocupantes, como reconciliar dois valores conflitantes. Segundo Beauchamp e Childress (1979) *apud* Forester-Miller and Davis (2016), muitos especialistas em ética profissional recomendam o uso de quatro valores ou princípios básicos para decidir questões éticas:

- autonomia: os pacientes basicamente têm o direito de determinar seus próprios cuidados de saúde;
- justiça: distribuir os benefícios e os encargos do cuidado em toda a sociedade;
- beneficência: fazendo o bem ao paciente;
- inadiplência: verifique se você não está prejudicando o paciente.

No entanto, os valores éticos não se limitam apenas a esses quatro princípios. Existem outros valores importantes a serem considerados como dizer a verdade, transparência, mostrar respeito pelos pacientes e familiares e demonstrar respeito pelos próprios valores dos pacientes. Além disso, a ética médica não é apenas um processo de pensamento. Também envolve habilidades das pessoas, como reunir os fatos necessários para tomar uma decisão e apresentá-la de uma maneira que conquiste a confiança de todas as partes (Sedig, 2016).

O saber ouvir é uma parte essencial da ética médica. Muitas vezes, disputas éticas resultam de não conhecer todos os fatos ou não fornecer todos os fatos aos pacientes. Tato e respeito também são importantes. Uma decisão ética bem construída pode ser ignorada se você não conquistou a confiança do paciente. A ética costuma ser vista como uma atividade prescritiva - dizendo o que você não pode fazer. Mas, em muitos casos, pode ser muito libertador. Pode afirmar que você está fazendo a coisa certa. Se a pessoa passar pelo processo de pensamento ético adequado, terá maior certeza de que o que está fazendo é a coisa certa. Aliviado de dúvidas incômodas, você poderá prosseguir de maneira mais direta e vigorosa com seu plano de cuidados (Sedig, 2016).

À medida que o sistema de saúde evolui, as decisões éticas podem se tornar mais desafiadoras. Por exemplo, dificuldades crescentes em encontrar um seguro acessível levam os pacientes a renunciar aos cuidados de que precisam, e isso afeta o plano de cuidados do clínico. Alguns médicos pensam na ética médica como um campo muito esotérico, afastado das considerações práticas da prática clínica. Como referem Gonçalves, Camelo, Soares, Leal e Vassinon (2017), é verdade que a ética médica é antes de tudo uma questão de consciência, mas também tem implicações e aplicações muito práticas.

Os médicos que podem descrever as suas preocupações éticas e usar habilidades de negociação podem mudar as políticas organizacionais que produzem esgotamento. Aqui estão alguns motivos para levar a ética médica a sério (MedScape, 2016):

- para ajudar a resolver disputas entre familiares, pacientes, médicos ou outras partes. Frequentemente, as partes envolvidas operam estritamente com emoção, o que dificulta a tomada de uma decisão lógica e justa. A ética acrescenta outra dimensão para ajudar a tomar decisões;
- manter a consciência limpa. Todos os médicos querem ter certeza de que fizeram a coisa certa. Ser um médico ético é mais importante do que ganhar dinheiro ou atender o maior número possível de pacientes;
- para não parecer desinformado. Os médicos às vezes tropeçam em decisões ruins porque não entenderam seu papel, não se preocuparam em identificar um desafio ético ou não haviam pensado na situação até sua conclusão lógica;
- para manter o respeito de seus pacientes. Os erros éticos podem destruir o vínculo entre médico e paciente. Os pacientes geralmente confiam implicitamente em seus médicos, mas uma vez que essa confiança foi violada, é difícil repará-la;
- manter um relacionamento respeitoso com outros médicos. A equipe médica geralmente tem opiniões muito definidas sobre o que é ético, muitas vezes consagradas em vários códigos de ética da profissão ou aprendidas com mentores. Esses códigos e modelagem de papéis éticos são criados por pessoas que praticam alguma forma de tomada de decisão ética;
- para manter alguma eficiência. Embora a tomada de decisão ética frequentemente exija tempo extra, ela também pode economizar tempo, antecipando divergências que podem retardar o processo de atendimento. Se você não é ético, pacientes ou outros profissionais de saúde que discordam com sua postura e com suas decisões podem impedir seriamente o seu trabalho;
- para reduzir o desgaste. Uma causa de esgotamento é a incongruência entre os valores pessoais dos médicos e os de sua organização. Os médicos que podem descrever suas preocupações éticas e usar habilidades de negociação podem mudar as políticas organizacionais que produzem esgotamento.

A importância da Medicina é sempre visível. Sempre reconhecida como uma atividade que envolve riscos decorrentes da sua própria imprevisibilidade da reação humana às manobras terapêuticas, para além de incertezas nos diagnósticos. Este fato obriga os médicos a viver e a

considerar o risco gerado pelos seus procedimentos nas suas decisões profissionais. Vale a pena mencionar que, embora o erro seja apropriado à natureza humana, quando ocorre com médicos em resultado dos seus procedimentos, pode causar danos irreparáveis e mesmo a morte.

Assim, "qualquer ato médico visa manter ou melhorar a saúde, por outro lado, pode envolver o risco de danos orgânicos". No entanto, salienta-se que tais riscos só podem ser justificados se forem contidos dentro de certos limites. Alguns riscos têm os seus limites tolerados pela sociedade, é o chamado risco permitido. Vale a pena mencionar que, no caso da Medicina, é do interesse da sociedade que os médicos atuem na preservação e restauração da saúde, uma vez que certos riscos são aceitáveis, lícitos e mesmo esperados. Contudo, quando os riscos ultrapassam estes limites e acabam por causar danos indesejáveis, a sociedade, apoiada pelo sistema legal, procura a responsabilidade médica, que pode ser tão boa como o direito penal, para além de levantar restrições à prática profissional decretadas pelo Governo Federal. Conselho Médico (CEM).

A prática da Medicina envolve a intervenção direta e muitas vezes o comportamento agressivo do médico sobre a integridade física e mental dos seus pacientes melhora a sua condição, mas corre o risco de os ferir gravemente ou irremediavelmente. O avanço da Medicina e a conseqüente utilização maciça de novas tecnologias têm ajudado muito os procedimentos médicos, mas também aumentaram os riscos que sempre acompanharam esta ciência em todas as épocas da história.

Os médicos, introduzidos a estas novas alternativas, procuram intervir em casos anteriormente considerados incuráveis e sem opções de tratamento. Para empregar novas técnicas, porém, é necessária uma formação sofisticada e dispendiosa, não acessível a todos os profissionais. Estes fatores conduzem a uma maior probabilidade de criar situações de risco para aqueles que não conseguem lidar corretamente com elas.

1.2 Gestão de Serviços por Meio da Ética

Esta seção enfoca a ética no ambiente hospitalar. Assim, quando "empresa" ou "hospital" é mencionado, deve ser entendido como sinônimos.

A gestão de serviços por meio da ética vai além do simples ato de organizar para que esses funcionem, levando em vista que essa organização precisa passar pela aprovação do usuário principal, o cliente. É este cliente que vai medir a sua percepção e satisfação quanto ao serviço prestado, e é dele a palavra final quanto às empresas, isto é, se serão escolhidas e fidelizadas por ele ou não.

Os serviços acontecem por meio de alguns componentes que são de suma importância para o funcionamento adequado das empresas, como o pessoal, isto é, os empregados, os produtos oferecidos e os parceiros devem ser integrados e terem um planejamento estratégico para que funcionem de forma adequada, a fim do paciente se sentir confortável e satisfeito.

Dessa forma, um hospital que não oferece um bom serviço, deixando o seu cliente esperando por muito tempo para ser atendido, não será bem visto e, tirando em caso de extrema necessidade, o cliente não quererá voltar para esse ambiente em que não recebeu o tratamento adequado. Assim, é necessário pensar maneiras de como cativar esse cliente, pensando em como acelerar os processos nesse ambulatório, a fim de um atendimento mais célere e interessante, que cativa os clientes e não os faça esperar quando estão em situações de necessidade (A. Silva *et al.*, 2018).

Entretanto, Salu (2014) destaca que, em 2019, os hospitais têm tomado uma postura contrária a essa esperada pela gestão de serviços, isto é, de oferecer um bom serviço para seus clientes. Como é sabido, o exercício de uma profissão exige um conhecimento completo, um amplo domínio das suas tarefas relevantes e da forma de as desempenhá-las. Realizar uma determinada tarefa sem a poder desempenhar é, com razão, uma prática condenável, tendo em conta os danos que podem ocorrer, especialmente nas áreas da saúde.

O profissional que aceita executar serviços sem ter a devida competência para tal nem a atenção para assegurar o seu bom desempenho é uma afronta aos princípios de ética, devido aos riscos envolvidos. Tentar realizar qualquer tarefa de forma perfeita é dever do profissional e esta competência é adquirida através dos conhecimentos adquiridos e da capacidade de a aplicar.

É por isso que a gestão dos serviços através da ética existe, para garantir que haja melhorias a fim de colocar os hospitais nos mesmos serviços em pé de igualdade e, assim, serem capazes de se enfrentarem uns aos outros para obter clientes num mercado com tantas e tantas opções semelhantes. Os diferenciais podem ser definidos como "atributos que tornam a empresa única e superior aos seus principais concorrentes". Estas são as vantagens e benefícios exclusivos que os hospitais oferecem aos seus pacientes que a concorrência ainda não foi capaz de oferecer". (A. Silva *et al.*, 2018: 24)

Assim, para que uma empresa se sobressaia à outra, principalmente no ramo médico, é necessário que essa ofereça um diferencial competitivo interessante para seu paciente, que o faça escolher por essa instituição em comparação com a outra. Dessa forma, no âmbito hospitalar, existem alguns diferenciais competitivos que podem determinar que os clientes escolham um hospital em detrimento do outro como, por exemplo, a capacitação dos

funcionários para melhor atender e a celeridade no atendimento, a fim de que as pessoas não fiquem esperando por tanto tempo (Vendruscolo, 2019).

Sendo assim, sucintamente, precisa haver consciência que o treinamento de pessoas por meio da ética, juntamente com uma melhora nos equipamentos e na celeridade ambulatorial não é gasto e sim investimento, pois fidelizarão clientes a ponto deles preferirem vir para este hospital quando se sentirem mal em comparação a outros vários existentes no mesmo perímetro. É preciso que haja uma mudança de hábitos e de pensamentos por parte dos gerenciadores de hospitais, para que parem de perder público e comecem a refinar os seus serviços por meio da ética.

1.3 Práticas Éticas na Rotina de Trabalho

O comportamento ético na rotina de trabalho não é um fator isolado, mas sim associado à estrutura ética da organização, fatores sociais e políticos que geram comportamentos positivos intercalados com transgressões e prevaricação, o argumento é que a estrutura de uma organização poderá ser facilitadora ou proibitiva para atitudes desconectadas com a ética (M. Dias, 2014).

“Num contexto onde a escassez é uma realidade inegável, a eficiência opera como princípios éticos, garantindo que os recursos sejam utilizados ou alocados com uma quantidade mínima de resíduos. Um sistema de saúde que não aloca recursos eficientemente não consegue fazer o melhor que pode, deixando assim de cumprir seu dever ético de beneficência. Além disso, um modelo de dobra e demanda pode ser uma garantia adicional que são sensíveis às demandas reais de pacientes” (Raus, Mortier & Eeckloo, 2018 :3).

Desta forma, os mercados enfatizam uma diferença, mas também aspecto relevante dos pacientes, concebe aos pacientes como consumidores com desejos particulares, demandas e expectativas.

Dessa forma, se vê que:

O trajeto para que um hospital trilhe a fase produtiva com resolução de suas disfunções é reconhecer que a instituição de saúde é semelhante a qualquer organização, palco de relacionamentos conflitantes entre pessoas e sistemas. Weber distinguiu quatro tipos de ação social ou humana, ação tradicional – costume e cultural; ação afetiva e emocional guiada pelos afetos do indivíduo; ação racional para obter um objetivo útil, ajustando os meios e finalidade desejados. Cada tipo de ação acompanha, segundo Weber, um governo e um estilo de comando, tradicional: gerontocrático, patriarcal, feudal; carismático, baseado na influência pessoal ou poder de persuasão; legalista, fundado em abstrato escrito, leis impessoais e procedimentos (Dechambenoit, 2017: 977).

Assim, em primeiro lugar, em consonância com os princípios da assistência integrada deve resultar em uma provisão equitativa e justa de cuidados médicos. Eles devem operar de acordo com princípios de justiça distributiva que são aplicadas razoavelmente, de forma consistente e coerente. Em segundo lugar, devem pelo menos não ser prejudiciais para as partes (Kasper, Mortier & Esckloo, 2018).

Uma organização pode ser caracterizada como um único veículo para modelar o comportamento individual em direção a uma meta comum. Mintzberg *apud* R. Silva (2009:8), descreveu as cinco partes de uma organização (Figura 1.1):

Figura 1 - Estrutura organizacional segundo Mintzberg



Fonte: R. Silva (2009: 8).

A configuração não é precisamente racional e eficiente por causa da limitação e da racionalidade dos indivíduos que a compõe, muitos deles em todas as áreas de atividade se recusam usar as ferramentas que dispõe, agem de forma autônoma, em uma área de incertezas e trocas relacionais, e frequentemente são utilizadas para negociar interesses, influência e poder.

Dechambenoit (2017) considera o poder enquanto capacidade de um indivíduo incitar ação em outro, e que alguém mais forte poderá se beneficiar mais que outrem. Para Coster e Pichault (1994), poder ou autoridade constitui sete fontes: carisma, tradição, competência, informação, capital relacional, leis, regulamento e dinheiro.

Num ambiente hospitalar, todos esses fatores interligam em diferentes fluxos, onde registra-se duas relações de poder, os que prestam cuidados e os gestores, ambos com o objetivo de fornecer cuidados equitativos e de qualidade para os pacientes.

Infelizmente, existe uma lacuna na legitimidade de preservar os seus próprios interesses enquanto outros defendem recursos sociais, econômicos e financeiros em benefício da sociedade como um todo. Assim, existe um efeito perverso defendido por Weber com limitações à iniciativa individual através de regras impessoais, rigidez funcional resultante da tomada de decisão centralizada, com isolamento de cada um dos níveis hierárquicos que tendem ao conflito levando à criação de centros de poder paralelos (Gonçalves *et al.*, 2017).

Por outras palavras, acabar com a divisão estatutária padrão para melhor envolver os médicos na organização hospitalar levantará a questão de uma hierarquia, um elo fundamental entre o decisor final - o chefe do estabelecimento médico - e os gestores hospitalares com delegados de autoridade. A eficácia de um gestor dentro de uma organização não pode ser separada de uma clara cadeia de comando e responsabilidade: quem tem responsabilidade estatutária decide, e a quem decide foi dada autoridade para fazê-lo, de acordo com Manoharan e Singal, 2019.

Enquanto as organizações hospitalares privadas oferecem bons exemplos de responsabilização e prestação de contas, nos hospitais públicos, a linha de responsabilização e prestação de contas é estruturalmente solta e plural. É provável que se desenvolva uma área de incerteza em torno de qualquer novo corpo de prestadores de cuidados de saúde, e tenderá para uma oligarquia secreta que gradualmente concentrará mais energia na autopreservação do que nas missões que lhe são confiadas. O risco aqui é novamente o aparecimento de polos multilaterais ou centros de poder (Guerra, 2011).

Independente do seu tamanho, as organizações de saúde sempre serão complexas. Gerir uma organização de saúde pressupõe que toda a complexidade relacionada com um grande número de profissionais especializados, a processos padronizados e à natureza das tarefas, seja compreendida, ao mesmo tempo em que se verifica a necessidade constante de inovação continua dos processos, visando assim à competitividade no mercado.

1.4 Ética e Moralidade da Gestão Hospitalar

Conforme A. C. Silva et al. (2018: 23) “pode-se definir o termo ética como sendo um ramo da Filosofia que lida com o que é moralmente bom ou mau, certo ou errado”. Em 2019, é notório em nosso cotidiano que a ética se faz necessária e está presente, seja no convívio profissional, familiar ou qual for a forma de socialização.

No âmbito da gestão hospitalar, o surgimento dos dilemas éticos também é uma constante crescente. Ocorre uma mudança da mentalidade da sociedade ocidental ao abandonar

a ideia de que o médico detém o poder absoluto na decisão clínica do doente e, cada vez mais, se assiste à partilha de decisão com a equipe, com o doente e sua família (Dinis & S. Costa, 2004).

Os profissionais de saúde estão sujeitos a regulamentos, pareceres, leis e ao Código Deontológico, a fim de promover a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados, de forma a atingir a excelência no cuidar. No entanto, quando se fala em questões relacionadas com gestão hospitalar, nomeadamente, a gestão dos profissionais de saúde, a ética não figura como assunto principal na agenda, com fontes relativamente escassas comparando a temas como Comprometimento Organizacional entre outros (Cogo, Lunardi, Quintana, Girardon-Perlini & Silveira, 2016).

O modelo para reforma do sistema de assistência pública a saúde é reivindicado, mas não é respondido por seguidas legislaturas, com o intuito de fornecer o acesso abrangente; os decisores de políticas públicas estão se esquivando de suas responsabilidades. “Contudo, apesar dos esforços em implantar um sistema público de saúde universal, o Brasil ainda luta para chegar a um bom equilíbrio entre manter um nível adequado de gasto (público) e obter mais valor pelos recursos investidos em seu setor de saúde.” (Banco Mundial, 2017: 3). Em termos de números, denota-se que:

“Estudo do Banco Mundial aponta que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público. Usando uma técnica de fronteira de produção, o estudo estimou o nível de eficiência da atenção primária à saúde (APS) em 63%, e para os níveis da Média e Alta Complexidade (MAC), a eficiência estimada foi de 29%. A partir desses resultados, estimou-se que existe uma folga (ou desperdício) anual de aproximadamente R\$9,3 bilhões apenas na APS, somando os três níveis de governo. Na MAC, o desperdício anual estimado chega a R\$12,7 bilhões. Ou seja, as ineficiências do sistema público de saúde custam R\$22 bilhões por ano aos cofres públicos (aproximadamente 20% de todo o gasto com saúde no Brasil)”. (Banco Mundial, 2017: 4).

É fundamental a distribuição equitativa dos bens básicos com o cuidado a saúde, havendo, atualmente, diversas ações e programas desenvolvidos na área da saúde:

- (i) Atenção Integral à Saúde das Pessoas no Sistema Prisional (a iniciativa prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos);
- (ii) O Cartão Nacional de Saúde (CNS) (documento de identificação do usuário do SUS). Este contém as informações como dados pessoais, contatos, e dados de identificação.
- (iii) Certificação de Entidades de Assistência Social (CEBAS) (O CEBAS é o certificado concedido pelo Governo Federal para reconhecer entidades de assistência social que prestam serviços nas áreas de educação, assistência social ou saúde);

(iv) Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti (iniciativa que busca apoiar a reconstrução e o fortalecimento do sistema de saúde e vigilância epidemiológica no Haiti, após o terremoto que devastou o país, em janeiro de 2010); entre outros (Ministério da Saúde, 2011).

Depois, as decisões de gestão em unidades hospitalares devem ser tomadas, tendo em consideração os vários dilemas éticos inerentes à prática dos profissionais de saúde, tendo estas um impacto significativo nos doentes, nos funcionários e na comunidade. O exercício da gestão e da ética dentro de uma instituição hospitalar deve ser visto como uma operação interligada por qualquer pessoa comprometida com uma determinada conduta deontológica e ética (R. B. Silva & M. C. Silva, 2016).

Como refere Rego, Araújo e Serrão (2015) qualquer que seja o modelo de gestão, os hospitais existem para promover “ganhos de saúde” nas pessoas que eles servem, através de:

- ganhos em anos de vida, ou seja, aumento da esperança média de vida;
- redução dos episódios de doença ou encurtamento da sua duração, traduzindo-se no aumento da saúde em vida;
- diminuição de situação de incapacidade permanente ou temporária, devido a doença, trauma ou sequela, e aumento da capacidade física e funcionalidade psicossocial, aumentando os anos de vida;
- redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

Deste modo, a gestão hospitalar e dos profissionais de saúde tem que ter em consideração as questões éticas incorporadas ao dia-a-dia de um hospital, considerando o envolvimento com a vida humana (R. B. Silva & M. C. Silva, 2016).

A ética e as questões éticas associadas à vida humana estão cada vez mais presentes no cotidiano brasileiro. O hospital em si, devido às suas particularidades, possui vários momentos de tensão, onde várias questões éticas são levantadas, devido à complexidade de um trabalho que abrange a vida e a morte, sendo que a não consideração destas questões podem agravar a tensão que já existe num hospital (Pasetto & Rothbarth, 2012).

Devido à importância e ao escrutínio cada vez maior da sociedade relativamente a questões éticas relacionadas com as práticas médicas e hospitalares, a gestão hospitalar tem que, ao mesmo tempo, se preocupar com a organização e a gestão de recursos quer materiais quer de recursos humanos, fazer a gestão das questões éticas que aparecem relacionadas com as práticas hospitalares, que muitas vezes podem ser polémicas, exigindo decisões ponderadas,

sempre com o bem-estar e a diminuição do sofrimento da pessoa como objetivos principais. Uma gestão hospitalar ética deverá estar pautada sob a ótica dos recursos (financeiros), responsabilidade em equipe, qualidade na assistência e foco nos pacientes de uma instituição de saúde de sucesso, caracterizando-se por uma prestação de cuidados de alta qualidade, resultados positivos e solvência econômica (A. C. Silva *et al.*, 2018).

A gestão hospitalar deve, portanto, perseguir os princípios éticos associados às práticas de saúde, satisfazendo às necessidades humanas com agilidade, iniciativa, cooperação, solidariedade, corresponsabilidade e justiça, dando a entender que durante o dia-a-dia se promove um clima ético, pautando as decisões nos valores éticos compartilhados por todos os profissionais, sejam eles de saúde ou não (Anunciação & Zoboli, 2008).

Fazer a caracterização de uma gestão ética, nomeadamente da gestão de profissionais a trabalhar num ambiente hospitalar, para a definição de cultura organizacional entendida como uma variável interna, pode ser aceita declaração de que é um sistema historicamente desenvolvido de valores, normas, atitudes e padrões comportamentais (Szeptuch, 2016).

A missão do Código de Ética é o desenvolvimento em todo o mundo da valorização de uma profissão médica com normas harmonizadas, capaz de fornecer serviços de qualidade consistentemente altos no interesse público. Na prossecução desta missão, as Normas Brasileiras de Medicina desenvolvem e emitem normas éticas de alta qualidade e outros pronunciamentos para médicos e enfermeiros profissionais para uso em todo o mundo. A aceitação da responsabilidade de agir no interesse público é a marca distintiva da profissão médica. Portanto, a responsabilidade dos profissionais médicos não é exclusivamente para satisfazer as necessidades de um cliente individual ou empregador, mas para servir o interesse público (A. C. Silva *et al.*, 2018).

Em termos morais, os profissionais de saúde vêm-se perante dilemas éticos difíceis de gerir. Tais problemas podem-se dividir-se em questões profissionais, morais e individuais, obviamente trazendo os mesmos para o âmbito atuante do médico. Elencando junto à ética profissional apresenta-se também a moral, no qual a mesma é de eximia necessidade para que se tenha um conjunto de virtudes para o profissional ter um nível de conceituação elevado em caráter ético/moral (Freitas-Aznar, Capelozza, Aznar, Soares & P. Santos, 2016).

Gonçalves *et al.* (2017: 28), afirmam que existem princípios éticos que são aqueles comportamentos que o público em geral e os pacientes esperam do profissional. Estes princípios estão contidos, de uma e outra forma, nos códigos de ética existentes e nas guias de comportamento ético internacionais como, por exemplo, as emitidas pelo Comitê de Ética. No geral, espera-se de um profissional da área hospitalar tenha posicionamentos no qual o mesmo

demonstre à sociedade, postura, ética, moral que passem confiança no desempenho de seu papel (A. C. Silva *et al.*, 2018).

Pode-se dizer que ética e moral são sinônimos. R. B. Silva e M. C. Silva (2016) reforçam, juntamente com Ramos (2018) que a derivação das duas palavras possui origens diferentes e significados parecidos. O termo de ética deriva do grego *ethos* (caráter, modo de ser de uma pessoa). Ética é um conjunto de valores morais e princípios que direcionam o comportamento humano na sociedade. A ética tem por finalidade, trazer equilíbrio e bom funcionamento social, possibilitando que ninguém saia prejudicado.

Neste sentido, a ética, embora não possa ser confundida com as leis, está relacionada com o sentimento de justiça social. A ética é estruturada com base em uma sociedade embasando-se em seus conceitos e valores históricos (Cherman & Tomei, 2005). Ética pode ser conceituada como o estudo dos juízos de apreciação, que se referem ao comportamento humano, suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, do certo ou errado, e do justo ou injusto. O indivíduo capaz de avaliar suas ações é também capaz de exercer a ética (Gonçalves *et al.*, 2017).

A moral possui um sentido parecido ao da ética, mas a moral introduz-se na forma de trazer regimentos, regras, normas comportamentais. Em cada área de atuação de um profissional, existe um código de ética à seguir, para que o mesmo possua condutas em seu dia-a-dia morais e éticas, no qual não coloque seu trabalho ali apresentado em risco, assim demonstrando sua responsabilidade, que lhe trará benefícios na trajetória de sua carreira profissional. Assim direcionando ao enfoque da pesquisa, existe o código de ética que tem por finalidade fixar a conduta da equipe médica, quando no exercício da sua atividade e nos assuntos relacionados à profissão e à classe (Huhn & Vargas, 2016).

Segundo Salvi (2017) “A ética nas empresas costuma ser tratada de forma muito superficial. Os motivos errados também nos fazem falar sobre as coisas certas”. Para A. C. Ribeiro & Y. B. Silva (2016) ética dos negócios é a forma pelo qual normas morais pessoais se aplicam às atividades e aos objetivos da empresa comercial. Para Monteiro, Santo e Bonacina (2005: 238), “empresas éticas seriam aquelas que subordinam suas atividades e estratégias a uma prévia reflexão ética e agem de forma socialmente responsável”.

Atualmente, a cada dia que passa, existirá menos espaço para organizações públicas e privadas que não buscam atender de forma direta as necessidades e anseios de seus colaboradores, clientes, fornecedores e demais membros da sociedade.

Desta forma, exige-se ou espera-se do profissional uma postura que traga um elenco de qualidades, que passe aos demais profissionais que atuam junto a ele; segurança em sua tomada

de decisão, assim demonstrando zelo, diligência, honestidade e capacidade técnica, observando toda a legislação vigente e preferencialmente respeitando os princípios da área médica e as normas brasileiras, assim resguardando os interesses de seus clientes e empregados, sem causar maiores prejuízos a sua dignidade e independência profissional (Cogo *et al.*, 2016).

Assim, qualquer que seja o ambiente de trabalho, gestores e todos os envolvidos, de alguma forma precisam ser éticos e coesos no que fazem, para que o trabalho empenhado possa fluir bem e para que possa haver harmonia entre todos, especialmente quando o ambiente de trabalho é um hospital, porque temos problemas de variedades, crenças, entre outros, e além de tudo, para saber que por vezes se está a lidar com a dor dos outros, por isso, mais do que nunca, tente sempre ser tão ético e responsável quanto possível.

No entanto, pouco a pouco, há uma divisão entre estes dois grupos. O administrador entende que a sua principal função é procurar a viabilidade econômica e financeira e o bom funcionamento do hospital, sentindo a ética como algo distante dele ou que afeta apenas aqueles que trabalham diretamente na prática da assistência clínica. As práticas administrativas multiplicam-se, deliberadamente, interferir na relação clínica com vista a atingir objetivos e metas organizacionais. A missão social do hospital é ofuscada, e o administrador do hospital não parece perceber a repercussão, muitas vezes pouco eficaz, das suas decisões sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao paciente.

1.5 Ética do Profissional

Antes de se falar da ética do profissional aplicada à profissão de médico, torna-se pertinente esclarecer o conceito de ética e deontologia. Do ponto de vista etimológico, o termo *ética* deriva do grego, do termo *éthikos*, correspondendo aquilo que pertence ao caráter. É um termo já muito antigo, mas que nas duas últimas décadas se revelou um dos grandes eixos de preocupação e discussão entre os diferentes grupos de pessoas (A. Domênico & C. Domênico, 2014).

Vázquez (1995) define ética como a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade e de fato, ética corresponde a “um ramo da filosofia que fundamenta científica e teoricamente a discussão sobre valores, opções (liberdade), consciência, responsabilidade, o bem e o mal, o bom e o ruim etc.” (Nosella, 2008, p. 256).

A ética corresponde ao “estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana, do ponto de vista do bem e do mal”, mas também pode ser definida como um “conjunto de normas e princípios que norteiam a boa conduta do ser humano”.¹

Como salienta R. Ferreira (2007), “a ética baseia-se nas fronteiras - entre legal e ilegal, lícito e ilícito, justo e injusto. E por isso, as considerações de ordem ética manifestam-se com muita peculiaridade. Examinar um dever ético vem a cair em apreciações do íntimo de cada um, análises da nossa conduta perante os outros, o que extravasa das regras da moral comum” (p. 10).

Valls (2006) explica que os problemas teóricos da ética podem ser divididos em dois campos:

- os problemas gerais e fundamentais como a consciência, liberdade, valor, bem, lei, etc.;
- os problemas específicos de aplicação concreta como a ética profissional, ética política, ética sexual, bioética, etc.

R. Ferreira (2007) explica que a ética não é uma realidade quantificável e comporta constrangimentos, renunciando ao que pode injustamente trazer benefícios para o indivíduo e portanto, a conduta ética supõe a existência de generosidade, suscitando juízos de consciência que pressupõem: a não violentação de outrem; o não tornar os outros infelizes ou injustiçados; o abdicar do que não for justo e correto.

Nesta perspectiva, para Cortina e Martínez (2005), a ética assume três funções: a primeira, é esclarecer o que é a moral, quais os seus traços específicos; a segunda função é fundamentar a moralidade, isto é, procura averiguar quais são as razões que dão sentido ao esforço dos seres humanos de viver moralmente; e por fim, a terceira função é aplicar aos diferentes âmbitos da vida social os resultados obtidos nas funções anteriores, de maneira que se adote uma moral crítica e não a de subserviência a um código.

O termo deontologia encontra a sua origem no grego, derivando de dois termos – *déon*, ou *déontos*, e *logos* – onde o primeiro significa “dever, o que fazer” e o segundo, “discurso” ou “tratado” (M. Dias, 2014). Nesta ordem de ideias, deontologia remete para a ciência dos tratados, ou seja, para o tratado do dever ou o conjunto de deveres, princípios e normas adotadas por determinado grupo profissional. De fato, deontologia e ética são dois conceitos que andam lado a lado, onde deontologia se traduz numa disciplina de ética especial ajustada ao exercício profissional. A deontologia corresponde à aplicação da ética na vida profissional, através de

¹ GALANCINI. Disponível em: <<http://www.galancini.adv.br/artigos/19-etica-conduta-ideal-e-conduta-real-.html>>. Acesso em: 05/11/2020.

regulamentação, de lei ou de autorregulação dos profissionais, dos seus direitos e deveres (R. Ferreira, 2007). O conhecimento dos direitos e deveres baseia-se nos juízos do bem ou mal, aprovação ou desaprovação, correto ou do incorreto, considerando o juízo real por parte da sociedade e da comunidade profissional em causa (Pinto, s/d, *apud* M. Dias, 2014).

Estas regras e normas de que se falam em deontologia traduzem-se nos, tão conhecidos, Códigos Deontológicos que reúnem as características de determinado grupo profissional que se identifica com as suas regras, aderindo às mesmas e incluindo as restrições subjacentes (M. Dias, 2014). Em jeito de apontamento, importa aqui referir que o Código Deontológico surge através de algumas características que subjazem à evolução do ser humano, bem como da própria sociedade, sendo que o primeiro Código Deontológico surgiu em 1794, da autoria de Thomas Percival, em forma de panfleto e com foco na área da Medicina (M. Dias, 2014). Baker (1999) salienta que este Código Deontológico emergiu numa época onde praticamente não existia ética normativa e por isso, imperavam os conceitos de virtude, honra e caráter.

Os elementos fundamentais presentes nos códigos deontológicos referem-se: à substituição da autoridade pela responsabilidade; ao estabelecimento de um acordo quanto a *standards* comuns clarificando valores profissionais; à minimização dos desvios pessoais na atuação profissional; ao fornecimento de um modelo de conduta que assegura a independência do trabalhador em relação à entidade empregadora em nome do serviço prestado a outros (Baker, 1999; Mercier, 2003).

Na verdade, importa aqui destacar a ideia de que “a deontologia é uma disciplina da ética especialmente adaptada ao exercício de uma profissão. Em regra, os códigos de deontologia têm por base grandes declarações universais e esforçam-se por traduzir o sentimento ético expresso nestas, adaptando-o às particularidades de cada profissão e de cada país” (Carapeto & Fonseca, 2012, p. 11). Contudo, importa salientar a ideia de que, há classes profissionais que têm vindo a elaborar Códigos de Ética, que estabelecem regulamentação de conduta a adotar na prática profissional, como os Estatutos ou Códigos Deontológicos determinantes de regras de bom desempenho da profissão (R. Ferreira, 2007).

Por conseguinte, a ética retrata a investigação dos códigos e valores morais aos quais os indivíduos são submetidos, aos comportamentos pelos quais a moral é inserida numa sociedade.

Não raras vezes a ética é confundida com moral. Enquanto a ética retrata a teoria ou ciência do comportamento moral dos indivíduos em sociedade, a moral traduz os costumes, ou seja, o conjunto de normas ou regras adquiridas com o passar dos anos (Cortina & Martínez, 2005).

É normal que determinadas condutas exigidas sejam regidas por princípios, neste caso, princípios éticos e de integridade. O princípio da integridade baseia-se na confiança, logo, quando o mesmo é quebrado dá-se uma quebra de confiança, ou seja, as pessoas entre vários princípios, devem ser regidas pelo princípio da integridade, que lhes concede capacidade de aceitarmos-nos mutuamente, estabelecendo aspectos similares de partilha, de comunhão e união, entre outras formas, permitindo criar laços de confiança e segurança (M. Dias, 2014).

Assim, a ética, a integridade e as condutas inerentes das mesmas, são dimensões importantes socialmente, não só pelos aspectos que partilham socialmente, como também, referente aos valores que sustentam as pessoas (M. Dias, 2014).

Estes princípios de sustentabilidade vêm ser uma forma de estabelecer valores, que servem como estabilizadores e coesão dos indivíduos.

Sem valores e princípios que sejam partilhados e aceitos por todos, enquanto grupo, passaríamos a ter uma sociedade sem referências, sem normas orientadoras das condutas, que dessa forma, aproximam e criam formas de afinidade e partilha (Maia, 2011).

Nesse seguimento, surge a ética enquanto conjunto de valores, que vem nortear e criar coesão social coletiva.

Não basta que existam valores e princípios se os mesmos não forem aceitos e praticados, é necessário que os indivíduos protagonizem suas ações baseadas nestes princípios, que as condutas transpareçam os valores defendidos, e que a continuidade e perpetuidade das suas ações sejam decorrentes de uma sequência de valores e princípios assimilados, coerentes e coesas entre si (M. Dias, 2014).

Só vivendo socialmente é que se assumirá esses princípios, através da manutenção e partilha dos mesmos, tentando desta forma afastar todas as condutas que são antiéticas, que contrariam estes valores. Segundo estes princípios o ser humano deveria ser regido por princípios que orientassem as suas ações e condutas, no entanto, reconhece-se que existem aspectos que vêm contaminar a ética e, por sua vez, a essência dos comportamentos, tornando-os não-éticos (Maia, 2011).

O profissional da saúde no exercício da sua profissão passa por inúmeras situações que estão relacionadas à ética no seu quotidiano. Mangilli, Assunção, Zanini, Dagostini e Soratto (2017: 66) mencionam que “essas situações críticas situam-se na esfera dos conceitos de dever, direito, justiça, responsabilidade, consciência e vocação”. Entretanto, sua função elementar é a de auxiliar na gestão patrimonial contabilizando as operações do hospital.

Seguindo princípios éticos e de respeito à lei, o profissional da saúde deve tornar a administração das organizações mais qualificada, ou seja, o dever do profissional em Medicina

é cumprir com prazos seja eles de fins fiscais ou organizacionais para fins de tomada de decisão sempre seguindo a leis instituídas na legislação em geral. Para Huhn e Vargas (2016: 89) “O direito é a contrapartida do dever. É tudo aquilo que uma pessoa pode exigir de quem lhe deve”. Assim o profissional não deve abrir mão de sua ética na atuação da profissão, tendo a capacidade de fazer a junção do seu conhecimento técnico, ou seja, ter e manter moldes éticos diante do seu convívio social/profissional sendo está à fonte de sua sobrevivência perante a sociedade no geral.

O Código de Ética é um documento que busca expor os princípios e a missão de uma determinada profissão ou hospital. Seu conteúdo deve ser pensado para atender às necessidades que aquela categoria serve e representa. Essas representatividades se normatizam sobre regras as quais são colocadas de forma coerente para que as pessoas que representam determinada classe tenham um comportamento adequado em suas relações (Freitas-Aznar *et al.*, 2016).

Após concordância, estas regras são fornecidas para ciência e uso de caráter obrigatório para que todos os profissionais integrantes da categoria comecem a seguir tal regimento. Conforme Castro, Faria, Abreu e Christiano (2017), o código de ética assegura os procedimentos de dentro e fora da instituição, por meio de normas que visam o bem-estar da sociedade.

O código de ética foi aprovado pela resolução do Conselho Federal de Contabilidade (CFC) nº 803/96, com alterações introduzidas pelas resoluções CFC nº 819/96, demonstrando regras no qual norteiam a postura moral do profissional, assim tendo condições de cumprir papel profissionais sem prejuízos a sua carreira profissional.

Recentemente o código de ética passou por atualização que entrou em vigência, em 1º de junho, tem por finalidade orientar a classe com base em conceitos historicamente edificados pela profissão, mas atendendo e conduzindo conforme realidade do século XXI. Nesse sentido, entende-se que o código de ética está alinhado aos padrões internacionais de ética.

Quem vem a exercer a profissão de médico, em pleno exercício da profissão deve atentar-se aos princípios, postulados e convenções existentes para que sua atividade seja exercida de forma longa e coerente perante a legalidade. Há 6 princípios fundamentais, que o profissional da saúde deve saber para ser profissional (em prática pública ou privado) devem cumprir (R. B. Silva & M. C. Silva, 2016):

1. integridade;
2. objetividade;
3. competência e diligência profissionais;
4. confidencialidade;

5. comportamento profissional

6. normas técnicas.

Analisa-se cada um delas seguidamente.

A integridade refere-se à honestidade, à confiabilidade que o profissional deve ter, e utilizar-se de tais virtudes para se relacionar profissionalmente com a saúde. Também se refere a qualidades pessoais e atributos que são considerados essenciais para o auditor. Estes incluem a probidade, transparência e interpretação correta dos fatos, capacidade de tomar decisões justas e capacidade de exercer razoável habilidade, cuidado e cautela (R. B. Silva & M. C. Silva, 2016).

A objetividade refere-se ao uso cuidadoso de procedimentos demorados e de teste para chegar a uma conclusão de tal forma que um teste independente semelhante por outra pessoa daria o mesmo resultado. O princípio da objetividade impõe uma obrigação a todos os profissionais médicos de não comprometer seu julgamento profissional ou de negócios por causa do preconceito, o conflito de interesse ou a influência indevida de outros. É impraticável para definir e prescrever todas essas situações e circunstâncias que possam comprometer a objetividade (R. B. Silva & M. C. Silva, 2016).

O princípio da competência e devido cuidado impõe às seguintes obrigações para os profissionais: para manter o conhecimento profissional e competência no nível necessário para garantir que os clientes ou empregadores recebem serviços profissionais competentes; e de diligência de acordo com as normas técnicas e profissionais aplicáveis ao oferecer serviços.

A competência profissional refere-se à capacidade de realizar um trabalho de forma eficaz e eficiente. Ele é experiente por qualificação base. O profissional não deve retratar-se como tendo conhecimento ou experiência que não possui.

O profissional médico, e na prática pública, deve respeitar a confidencialidade das informações adquiridas durante o curso da execução de serviços profissionais e não deve usar divulgar ou parecer usar qualquer dessas informações sem a devida e específica autorização ou para vantagens pessoais ou vantagens da terceira parte a menos que haja um direito ou dever legal ou profissional de divulgar.

O princípio exige:

- (a) respeitar a necessidade do paciente, conquistando gradualmente a sua confiança técnica, ética e moral. Desta forma, todo procedimento realizado deve ser esclarecido, fazendo com que o paciente se mantenha sempre seguro;
- (b) manter registros, relatórios e evoluções clínicas do paciente sempre atualizadas;
- (c) não divulgar quaisquer informes que tenham origem nas palavras dos pacientes.

- (d) ter cuidado ao gerar aproximações emocionais com paciente;
- (e) é dever de cada profissional admitir os limites de intervenção técnica e ética de sua profissão, encaminhando o paciente a um especialista de acordo com as necessidades clínicas específicas de cada situação, sempre explicando ao paciente;
- (f) valorizar a profissão de médico, não desprezar o profissional, quando houver diagnósticos equivocados, os mesmos devem ser primariamente debatidos e discutidos com o profissional antes de trazer algum engano moral do referido profissional perante o paciente;
- (g) cautela ao comunicar o paciente a respeito dos casos e encorajar sobre a situação de saúde.

Os profissionais têm a obrigação de respeitar a confidencialidade das informações sobre assuntos de um cliente ou empregador adquiridos no curso de serviços profissionais. O dever de confidencialidade continua mesmo após o fim da relação entre o auditor profissional e o cliente ou empregador (Freitas-Aznar *et al.*, 2016).

Depois, o princípio do comportamento profissional impõe uma obrigação aos profissionais para cumprir com as leis, éticas e regulamentos pertinentes e evitar qualquer ação que possa trazer descrédito à profissão. Isso inclui ações que um terceiro, razoável e informado, tendo conhecimento de toda a informação relevante, seria concluir afeta negativamente a boa reputação da profissão (Cogo *et al.*, 2016).

Os médicos profissionais, em prática pública, devem ser honestos e verdadeiros e não devem:

- (a) fazer afirmações exageradas para ofertas de serviços;
- (b) fazer afirmações exageradas para a qualificação possuído ou
- (c) fazer afirmações exageradas para experiência adquirida; ou
- (d) fazer referência depreciativa para comparações infundadas ao trabalho do outro. Em suma não tem permissão para degradar outros membros;
- (e) fazer reivindicações injustificadas ser um especialista ou especialista em um campo particular.

Por fim, sobre as normas técnicas, um profissional deve realizar serviços de acordo com as normas técnicas e profissionais relevantes com cuidado e habilidade. Além disso, eles também devem estar em conformidade com as normas estabelecidas (Cogo *et al.*, 2016).

1.6 Responsabilidade Civil Médica

O profissional médico tem a sua responsabilidade civil derivada da culpa num sentido amplo, quando esta envolve engano, ou seja, se há premeditação nos danos causados e culpa no sentido absoluto, ambos previstos no Direito Penal. Em primeiro lugar, será necessário verificar se houve efetivamente algum dano para o doente. Tais danos podem ser físicos, patrimoniais, financeiros ou desequilibrados (por exemplo, danos morais) (Marconi, 2015).

A responsabilidade civil é basicamente regida por dois sistemas distintos, mas comunicam constantemente entre si: o Sistema do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, 1990) e o Sistema do Código Civil (Lei n.º 10.406, 2002). Esta é a representação geral que se baseia na legislação em vigor. Seguindo esta linha, o Código Civil, em art. 951, e o Código de Defesa do Consumidor, no art. 14, § 4, ditam que a responsabilidade civil do profissional é de natureza subjetiva, afinal de contas exige a prova do elemento subjetivo "culpa".

Note-se que as duas leis (Código Civil - CC - e Código de Defesa do Consumidor) estão em vigor há muito tempo e, no entanto, esta matéria continua a sofrer constantes alterações. Isto acontece devido à interpretação feita pelo Poder Judiciário da norma positiva, pois, para poder aplicar uma norma legal num caso específico, aquele que é o executor da lei, deve interpretá-la, procurando o seu significado e alcance.

Tal mutação sobre este tema tem uma causa determinante, ou seja, o fato de a relação jurídica entre médico e paciente ser regida, sobretudo, pelo sistema de consumo, ou seja, pela Lei n.º 8.078 (1990). Tendo em conta a sua vez, a doutrina e a jurisprudência apaziguaram o entendimento no sentido de que esta relação jurídica tem, em regra, um carácter consumista.

A resposta a este posicionamento reside no objeto desta relação, que é a prestação de um serviço especializado por um profissional (médico) ao prestador de serviços (paciente). Tais elementos estão de acordo com os conceitos legais de consumidor e fornecedor expressos no art. 2º e 3º do Código do Consumidor e Ética.

Assim, é evidente que o médico, ao prestar os seus serviços aos pacientes, o faz como prestador de serviços. Esta mudança relacionada com o sistema normativo que rege a matéria, devido à migração da sua disciplina do Código Civil para o Código de Defesa do Consumidor, deu origem a várias transformações, salientando que a mais relevante ocorreu no campo hermenêutico (interpretativo).

A prova de que toda a informação foi realmente transmitida corretamente ao paciente, de que o paciente realmente compreendeu e consentiu no tratamento que foi proposto, cabe

inteiramente ao médico. Como resultado, muitos médicos optaram, ou pelo menos deveriam tê-lo feito, por dar aos seus pacientes um certo documento escrito contendo esta informação, e devem também formalizar o seu consentimento para que os procedimentos sejam adotados através da ética. A isto chama-se um "termo de consentimento informado" (Gupta, 2013; Spatz, Krumholz & Moulton, 2016). Uma grande parte deles deverá estar ciente destes termos.

O profissional médico deve compreender que esta é uma medida preventiva extremamente importante que pode, em muitos casos, acabar mesmo por eliminar o dever de reparar danos. É necessário pensar no paciente que toma uma ação reparadora, com o argumento de que, como resultado, por exemplo, de um procedimento cirúrgico realizado pelo médico, surgiu uma certa seqüela. Contudo, ao ter o seu nome mencionado no processo, o médico apresenta a sua defesa, trazendo para os registos o termo de consentimento informado, contendo numa determinada cláusula, a possibilidade existente da ocorrência dessa implicação mencionada a sua saúde, em suma, fica então provado que o paciente estava plenamente consciente e consciente da probabilidade de ocorrência desse evento secundário e, mesmo assim, ponderando, optou pelo procedimento (O. Almeida, 2007).

Assim, se o médico observou o dever indispensável de informação, e também agiu em conformidade com os protocolos e a melhor técnica, não haverá razão para falar do dever de indenizar o doente. É de notar que os objetivos acima mencionados têm sido gradualmente deformados, com o objetivo claro de colocar o doente como a parte vulnerável da relação jurídica, criando assim uma série de presunções não prescritas na legislação.

No final, o que falta ver é a tendência, pelo menos da jurisprudência, para aliviar algumas formalidades exigidas por lei, tais como a necessidade de prova de culpa pelo paciente, visando a responsabilidade civil do médico, com base na proteção da parte mais fraca da relação. Se o dano for provado, é essencial esclarecer se o dano foi realmente causado pela ação ou omissão do médico e a sua culpa.

O ponto principal da culpa é a previsibilidade, portanto, se o resultado desfavorável foi previsível e não foi evitado, existe culpa. Mas, se o resultado desfavorável nas circunstâncias do caso, não foi possível prever, estaremos perante as exclusões de culpa, são elas: o caso inesperado e a força maior, prevista no artigo 1058, parágrafo único do CC, pelo que o médico não pode ser responsabilizado (Udelsmann, 2002).

Assim, qualquer pessoa estranha à vontade do homem, imprevisível e/ou inevitável, é chamada um caso inesperado. Nos casos em que há danos sem exclusão de culpa, o direito à indenização é assegurado de acordo com o caput do artigo 159 do CC que diz: "Quem, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar o direito, ou causar danos a terceiros,

é obrigado a reparar os danos". Ainda mais especificamente, o artigo 1545 do mesmo código assumiu plenamente a teoria da culpa: "Médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer os danos, sempre que a imprudência, imperícia ou negligência, em atos profissionais, resulte em morte, desqualificação para servir, ou ferimento".

A culpa tem um significado preciso em três aspetos: imprudência, negligência e má prática e falta de ética e moral. A imprudência é o ato de agir perigosamente, sem moderação ou preocupação. Neste caso, existe culpa comissiva, se o profissional agir de forma injustificada, precipitada e sem usar da cautela esperada de um bom médico (Udelsmann, 2002).

A má prática chama-se falta de experiência ou também de conhecimentos práticos necessários no exercício da profissão. Trata-se do despreparo profissional, da falta de conhecimentos técnicos de Medicina, de como cortar músculos, veias ou nervos do tipo que não podem ser suturados, deixando assim sequelas irreversíveis para o paciente (Cunha, 2019).

A negligência é caracterizada pela falta de atenção ou cuidado, é o não cumprimento de deveres e obrigações. É considerada quando o médico deixa de realizar atos ou não determina os cuidados hospitalares e/ou de enfermagem necessários, tendo em conta o que a ciência médica recomenda e o estado do paciente. Se o paciente tiver alta antes do tempo indicado, também pode ser considerado negligência, e se, como resultado do seu ato, o paciente sofrer qualquer tipo de dano para a saúde, agravar a sua doença ou morrer. Revela ser negligência para o médico que, apesar de ter conhecimento do estado grave do doente, prescreve medicamentos por telefone, não comparecendo assim ao hospital para prescrever (A. Costa, 2003).

1.7 O Hospital

O hospital responde prontamente com o médico-empregado pelos erros do profissional durante o seu trabalho na instituição (Wolf & Hughes, 2008). Assim, os médicos são também responsáveis pelos erros dos seus assistentes, quer por os terem escolhido mal ou por não os terem supervisionado corretamente. No entanto, quando os médicos fazem parte do pessoal clínico do hospital, mas não os seus funcionários, é necessário distinguir duas situações: se o paciente procurou a instituição, sendo então atendido por um membro do pessoal clínico, mesmo que não esteja empregado, responderá tanto ao médico como ao hospital em solidariedade, esta é a mesma situação que o anestesista que faz exclusivamente parte da equipe de um determinado hospital. E, se o paciente procurar o médico e este o enviar ao hospital para

tratamento, o contrato será apenas com o opcional, pelo que o hospital está isento da culpa dos seus atos (Udelsmann, 2002).

No caso de uma ação de indenização contra um médico empregado, este é o único arguido, caber-lhe-á chamar o processo hospitalar para dividir as responsabilidades, como mencionado no artigo 77, ponto II do Código de Processo Civil (CPC) : "É admissível a chamada ao processo de todos os devedores solidários, quando o credor exigir de um ou de alguns deles, parcial ou totalmente, a dívida comum".

Nos termos do artigo 37, § 6 da Constituição Federal - CF (1988) relativo à responsabilidade ética dos hospitais públicos sobre os atos dos seus funcionários: "As pessoas coletivas de direito público e as de direito privado que prestam serviços públicos serão responsáveis pelos danos que os seus agentes, nessa qualidade, causem a terceiros, assegurando o direito de regresso contra o responsável em caso de dolo ou culpa". Com isto, surgem duas novas noções jurídicas de extrema importância: a da responsabilidade objetiva e a do direito de regresso. Segundo o CF, o princípio da responsabilidade ocorre pelos danos causados pelos seus agentes a terceiros, o que significa que após a verificação dos danos, independentemente da culpa, haverá uma indenização por parte da entidade pública. A isto se chama a teoria do risco inerente à atividade, muito comum no Direito do Trabalho. Mas, se o médico for intencional ou culpado, será possível à entidade pública reclamar posteriormente uma indenização ao seu empregado (Udelsmann, 2002).

Este é o direito de recurso se for exercido através da denúncia do litígio. Tendo em conta tudo o que foi dito acima, é evidente que, devido à grande responsabilidade objetiva das pessoas coletivas, indenização independente da culpa, os médicos devem sempre usar de grande cautela ao formarem e/ou aceitarem formar uma sociedade a fim de prestarem serviços. É essencial ter cautela e, para consultar previamente um advogado para saber qual a melhor forma de o fazer, é também necessário formar uma sociedade civil de preferência a uma conta comercial (L. Sousa, 2016).

Tudo o que o paciente gastou devido a erro médico para o seu tratamento e recuperação, o quanto não lucrou com o seu trabalho no momento da recuperação e o dano moral é indenizável (Habes, 2017). No artigo 1538 do CC, está escrito:

No caso de ferimento ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas de tratamento e dos lucros cessantes até o fim da convalescença, além de lhe pagar a importância da multa de grau médio da pena criminal correspondente.

§ 1º: Esta soma será duplicada, se o ferimento resultar aleijão ou deformidade. § 2º:

Se o ofendido, aleijado ou deformado, for mulher solteira ou viúva, ainda capaz de casar, a indenização consistirá em dotá-la, segundo as posses do ofensor, as circunstâncias do ofendido e a gravidade do efeito.

Se o indivíduo permanecer incapaz de trabalhar, mesmo que apenas parcialmente, o Artigo 1539 do Código Civil (CC), também se aplica. Na parte da indenização moral, a dor devida a um sofrimento imprevisto devido a uma possível falha do médico, terá em consideração a natureza deste dano, a situação econômica das partes interessadas e, naturalmente, o impacto negativo na vida do paciente. Isto está previsto na Constituição Federal (1988) no artigo 5, itens V e X, mas o seu valor não está legalmente previsto e está, portanto, à discricção do juiz.

Vale a pena mencionar que o princípio da prescrição, que nada mais é, do que a perda do crédito punitivo ao longo do tempo sem o seu exercício pelo interessado; após um certo tempo, o acusado já não pode ser punido. Como estabelecido pelo atual Código Civil, que prescreve num ano, o médico tem o direito de contactar o doente em falta para a cobrança dos seus honorários (artigo 178, § 6, item IX).

Após esse tempo, ele deixará de poder reclamar em tribunal o montante que não foi honrado. Por outro lado, o paciente tem o direito legal de 20 anos para processar o médico por um alegado erro (Udelsmann, 2002). Isto significa que os médicos mantêm a documentação relacionada com os seus pacientes ao longo deste tempo. No entanto, em 2003 foi sancionado e entrou em vigor um novo Código Civil que beneficiou os médicos: o seu artigo 200, § 3 diz que prescreverá em 3 anos o pedido de reparação civil a partir do ano 2004, e também, no seu § 5 do mesmo artigo, o médico teria cinco anos para cobrar os seus honorários.

1.8 Responsabilidades e Riscos

Segundo Thébaud-Mony (2010), os riscos profissionais podem ser definidos como riscos potenciais, mais ou menos previsíveis, que devem ser diagnosticados, com o objetivo principal de os prevenir, em vez de intervir no seu resultado (doenças profissionais ou acidentes de trabalho). Areosa (2008), por outro lado, define risco como a probabilidade ou a possibilidade da ocorrência futura de eventos negativos, o que significa que a essência do risco não é o que acontece no momento, mas o que pode acontecer.

A fim de prevenir os riscos associados a uma determinada profissão, é necessário conhecê-los e estudá-los, e a visão dos trabalhadores sobre os riscos que identificam e a forma como gerem o exercício da sua profissão é indispensável, considerando a sua presença (Barros-

Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007). Cada trabalhador experimenta então subjetivamente a sua experiência, e todos têm uma perspectiva sobre os riscos a que estão expostos e as dificuldades decorrentes do exercício da sua atividade profissional. Existem, contudo, fatores associados aos trabalhadores, com o seu próprio trabalho ou ambiente, que potenciam a existência destes riscos, dos quais falamos agora em mais pormenor.

Desta forma, a avaliação dos riscos é um instrumento muito importante de gestão da segurança em qualquer atividade. Segundo Cooper (1993), a avaliação de riscos refere-se a um processo que visa identificar os perigos presentes numa determinada tarefa ou atividade e estimar a dimensão das consequências derivadas destes riscos, lesões ou danos, tendo em conta qualquer medida ou precaução que já tenha sido operacionalizada.

De acordo com a Occupational Health Safety (OHSAS) 18001: 2007, a avaliação de riscos é definida como "o processo de avaliação dos riscos resultantes de um perigo, tendo em conta a adequação de quaisquer controles de decisão existentes sobre se o risco é aceitável ou não."

O principal objetivo da realização de uma avaliação de risco é inferir diferentes perfis de risco presentes numa dada situação ou associados a uma dada tarefa, sendo o perfil de risco definido como a distribuição da relação entre a probabilidade - ocorrência (Faber & Stewart, 2003).

Os perfis de risco estão quase sempre associados a incertezas, o que torna a análise de risco e a gestão de tarefas complexas, e as incertezas estão relacionadas com a subjetividade da dimensão humana e a gravidade e frequência dos acidentes (Faber & Stewart, 2003). Öztaş e Ökmen 2005) definem as incertezas como situações em que não existem dados estatísticos que sustentem um determinado evento e, por conseguinte, é impossível prevê-lo. Quando uma incerteza é representada quantitativamente, é considerada um risco, uma vez que a sua probabilidade é determinada utilizando dados anteriores (Öztaş & Ökmen, 2005).

Cabral (2011) toma a análise de risco como a compreensão do objeto a ser analisado, seja a tarefa, o equipamento, entre outros, permitindo assim caracterizar os riscos associados ao mesmo. O autor identifica três passos nesta análise:

- identificar o perigo;
- identificar as pessoas expostas;
- estimar o risco.

A identificação do perigo é considerada a etapa mais complexa e crítica de um processo de avaliação do risco, uma vez que, se o perigo não for identificado, não será submetido a uma

avaliação e, conseqüentemente, não serão tomadas medidas para o controlar (Roxo, 2003). As atividades laborais, dependendo das suas especificidades, possuem perigos associados, resultantes destes, entre outros fatores, isolados ou em conjunto: máquinas e equipamento mecânico, substâncias perigosas, ambiente de trabalho, modos operacionais, colegas de trabalho e processos de trabalho

Por conseguinte, é necessário recolher informações relevantes para a sua análise, tais como manuais de instruções de máquinas, legislação, normas internacionais, dados estatísticos, experiência dos trabalhadores, entre outros (Roxo, 2003). De acordo com Cabral (2011), a descrição do perigo resultará da identificação dos elementos suscetíveis de causar uma situação negativa no ambiente de trabalho, que pode resultar em danos, alguns deles grandes.

A segunda fase da análise de risco diz respeito à identificação das pessoas expostas, sendo extremamente importante a consideração de todas as pessoas que possam ser colocadas em situações de risco e expostas ao perigo. Para além dos trabalhadores da empresa, é também necessário considerar outras pessoas que possam visitar ocasionalmente o local de trabalho, como, por exemplo, o proprietário de um estaleiro de construção que visite o local do seu novo edifício (Cabral, 2011).

Finalmente, o risco é estimado, e Cabral (2011) considera que quando um risco é considerado num determinado ambiente, está a ser feita uma estimativa e não uma descrição. Roxo (2003) avança uma equação para a magnitude do risco, que resulta da relação entre a probabilidade de uma determinada consequência acontecer e a gravidade associada:

$$\text{Risco (R)} = \text{Probabilidade (P)} \times \text{Gravidade (G)} \quad (\text{Eq.1})$$

Nesta equação, devem ser consideradas medidas de segurança já existentes no local de trabalho, tais como a existência de equipamentos de proteção individual e coletiva (EPI e EPC), procedimentos de segurança, entre outros, uma vez que estes irão interferir com a magnitude do risco (Roxo, 2003).

Após a análise do risco, tem lugar a segunda fase da avaliação do risco. Esta fase tem dois objetivos principais: o primeiro diz respeito à observação da possibilidade de eliminar ou controlar e minimizar os riscos e o segundo refere-se à comparação da magnitude do risco com as normas de referência.

A avaliação do risco é essencial para uma boa gestão do risco. Rohmann (2008) define a gestão do risco como sendo um conjunto de vários procedimentos com o objetivo de reduzir os riscos, o perigo e as suas consequências, a um nível tolerável pela sociedade.

Figura 2 - Processo de Gestão de Risco



Fonte: Domingues, N. Almeida e V. Sousa (2012).

O estabelecimento do contexto é uma parte determinante do processo de Gestão do Risco, em que são definidos os critérios de gestão do risco, as áreas e os setores envolvidos. A organização articula os seus objetivos, define os parâmetros a ter em conta na gestão do risco, e define o âmbito e os critérios de risco para o resto do processo.

O passo seguinte, a avaliação do risco, inclui:

- identificação dos riscos: identificação das fontes de risco, a fim de encontrar, reconhecer e registar os riscos. O objetivo é identificar situações que possam comprometer a realização dos objetivos do sistema;

- analisar os riscos: após a identificação dos riscos, são analisados a fim de avaliar as possíveis causas do risco, as suas consequências positivas e negativas, e também a probabilidade de que estas consequências possam ocorrer;

- avaliar os riscos: esta etapa define que riscos devem ser tratados e qual é a sua prioridade a fim de os reduzir ou minimizar;

Após a avaliação do risco, segue-se o tratamento do risco, que consiste em selecionar as opções mais relevantes para alterar a probabilidade de o risco ocorrer, e implementar estas opções.

É de notar que o processo de gestão não termina com o tratamento do risco, mas sim com a monitorização e revisão, que inclui a verificação da eficácia e validade de todo o processo (ISO, 2009).

De acordo com Cabral (2011), algumas regras devem ser consideradas para uma boa gestão do risco:

- os riscos devem ser corretamente identificados, classificados e analisados antes de qualquer resposta aos mesmos ser considerada;
 - os riscos identificados já não são riscos, mas sim problemas de gestão;
 - os riscos devem ser geridos evitando uma atitude intuitiva ou sentimental;
 - os riscos devem ser geridos continuamente desde o início do projeto até ao seu fim;
 - os riscos e os seus relatórios devem fluir eficazmente através de toda a estrutura de gestão;
 - uma estrutura de risco mal definida irá produzir mais riscos;
 - atitude crítica e visão aberta são os ingredientes-chave para prever o que poderá acontecer no futuro;
 - um plano de contingência é essencial para lidar com as piores eventualidades;
 - a gestão dos riscos não deve ser demasiado complicada ou excessivamente simplista.
- Isto deve ser ajustado às operações diárias da organização;
- os problemas e potenciais falhas no projeto devem ser sinalizados o mais rapidamente possível. (Roxo, 2003).

Tendo em conta a sua natureza, os riscos podem ser classificados em riscos individuais, psicossociais e organizacionais.

1.8.1 Fatores Individuais

Ao estudar as doenças profissionais e a ocorrência de acidentes de trabalho, certos fatores de risco associados aos indivíduos devem ser tidos em conta. Estes são fatores extremamente difíceis de isolar de outras variáveis que estão sempre presentes na atividade profissional, influenciando o desempenho dos profissionais de forma decisiva. São o sexo, a idade e o tempo de trabalho (Sousa et al., 2005).

O mercado de trabalho atual tem assistido a uma mudança na sua configuração em termos de gênero, com um número crescente de mulheres em empregos remunerados, apesar do seu estatuto no trabalho ainda demonstrar uma segregação entre homens e mulheres, sendo que elas estão presentes em maior número quando comparadas com os homens em atividades mal remuneradas e empregos precários, o que se reflete em más condições de trabalho e, conseqüentemente, nos riscos a que estão expostas

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2003) fornece exemplos ilustrativos das diferenças de gênero nos riscos e repercussões citadas (Quadro 1.1):

Quadro 1- Diferença de gênero nos riscos e nas repercussões para a saúde

Riscos/Consequências para a Saúde	Maior incidência	Observações
Acidentes	Homens	Os homens apresentam uma taxa mais elevada, mesmo depois de adaptações em função do número inferior de horas de trabalho efetuadas pelas mulheres.
Distúrbios dos membros superiores	Mulheres	Alta incidência em algumas tarefas altamente repetitivas executadas por mulheres, tais como tarefas “leves” em linhas de montagem e o trabalho de transferência de dados, em que se tem pouco controlo da forma como se trabalha.
Elevação de cargas pesadas	Homens	As mulheres que trabalham em serviços de limpeza, de restauração e de cuidados de saúde também sofrem ferimentos devidos ao levantamento e ao transporte de cargas pesadas.
Stress	Mulheres	Ambos registam taxas elevadas, mas no caso das mulheres os fatores de stress são o assédio sexual, a discriminação, o trabalho mal reconhecido sobre o qual se tem pouco controlo, o trabalho exigente do ponto de vista emocional e o fardo do “duplo emprego”: o remunerado e o não remunerado, isto é, o doméstico.
Violência do público	Mulheres	As mulheres estão mais em contato com o público.
Ruído/perda de audição	Homens	As mulheres da indústria têxtil e alimentar, por exemplo, podem estar altamente expostas
Cancro profissional	Homens	As mulheres registam taxas mais elevadas em algumas indústrias transformadoras
Asma e Alergia	Mulheres	Por exemplo, de produtos de limpeza e de esterilização e de pós das luvas de proteção em látex utilizadas nos cuidados de saúde e poeiras na indústria têxtil e do vestuário.
Doenças de pele	Mulheres	Por exemplo, nas mãos devido ao contato com água em setores como o da restauração, ou contato da pele com agentes de limpeza ou produtos químicos de cabeleireiro
Doenças infecciosas	Mulheres	Por exemplo, no sector da saúde e de trabalho com crianças
Equipamento de trabalho e de proteção inadequado	Mulheres	As roupas e o equipamento de trabalho são geralmente pensados para o homem “médio”, o que é um problema para as mulheres, bem como para os homens “fora da média”
Saúde reprodutiva	Ambos	Os setores negligenciados incluem fertilidade, os distúrbios menstruais, a menopausa e a saúde reprodutora dos homens.
Horas de trabalho Inadequadas	Ambos	Os homens trabalham mais horas suplementares remuneradas, enquanto as horas suplementares das mulheres consistem no trabalho doméstico não remunerado. Ambos desejam um maior equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada.

Relativamente à idade e tempo de trabalho, muitos consideram que o envelhecimento dos trabalhadores está associado à perda de aptidões, capacidades e competência, bem como ao aumento de doenças profissionais, bem como ao aumento da ocorrência de acidentes de trabalho. No entanto, outros consideram que idade e anos de trabalho não são sinônimo de perda de competência, mas de experiência (Sousa et al, 2005).

1.8.2 Fatores Psicossociais

Num mundo cada vez mais competitivo, as empresas e organizações dependem cada vez mais do bom funcionamento dos seus trabalhadores, do seu envolvimento e entusiasmo, e hoje em dia, os recursos humanos são o principal ativo de uma boa empresa.

No entanto, e devido a profundas mudanças socioeconômicas, tem havido um aumento da precariedade, incerteza e instabilidade do emprego, um aumento da carga de trabalho e do ritmo de trabalho, as várias reestruturações empresariais que estão associadas ao aumento dos riscos psicossociais, riscos que têm um forte impacto na saúde física e mental dos trabalhadores.

Num contexto de trabalho marcado, então, por profundas mudanças sociais e econômicas, surgem os riscos psicossociais relacionados com o trabalho e o stress, sendo uma área de Saúde e Segurança no Trabalho cada vez mais importante, sendo colocada ao mesmo nível que os riscos mais tradicionais (biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e acidentes) Saúde e Segurança no Trabalho.

Segundo Kortum (2007), os fatores psicossociais associados ao trabalho podem ser definidos como as características das condições de trabalho e da organização que afetam a saúde das pessoas através de mecanismos psicológicos e fisiológicos também conhecidos como stress.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho, os riscos psicossociais podem envolver uma de duas situações ou as duas situações combinadas. Por um lado, eles implicam a interação entre o trabalho, o seu ambiente, a satisfação no trabalho e as condições físicas da organização. Por outro lado, implica a interação entre o trabalho e as capacidades, necessidades, cultura e situação pessoal do trabalhador fora do trabalho. Esta interação, quando negativa, pode influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação do trabalhador.

Os riscos psicossociais traduzem-se em consequências negativas para o trabalhador, nas quais se destacam doenças físicas como dores musculares e articulares, dores de cabeça, problemas cardiovasculares ou hipertensão e doenças mentais com depressão e esgotamento. Mas as organizações também são afetadas por riscos psicossociais, com consequências que se

materializam no absentismo, presentismo, diminuição da produtividade e qualidade do trabalho, conflitos e degradação do clima de trabalho (Stansfeld & Candy, 2006).

Matos (2014) classifica os riscos psicossociais de acordo com os seus fatores desencadeantes, nomeadamente:

1. fatores relacionados com a tarefa: oportunidade de desenvolver as próprias competências, monotonia, repetibilidade, grau de autonomia, controle das pausas e do ritmo de trabalho, pressão do tempo, relação entre o volume de trabalho e o tempo disponível, interrupções nas tarefas, trabalho emocional (serviço aos utilizadores, público e clientes), trabalho cognitivo, que requer grande esforço intelectual, trabalho sensorial, que requer esforço dos sentidos, entre outros;

2. fatores relacionados com a organização do tempo de trabalho: duração e distribuição do tempo durante o horário de trabalho, trabalho noturno e por turnos, pausas formais e informais, entre outros;

3. fatores ligados à estrutura da organização: apoio social dos colegas e superiores, quantidade e qualidade das relações sociais no trabalho, sistemas de participação, práticas de formação e informação, controle do estatuto, estabilidade profissional, mudanças, perspectivas de promoção, tarefas segundo a qualificação, estima, respeito e reconhecimento, apoio adequado, tratamento justo, salário, etc.

No seu trabalho, Taylor e Green (2015) apresentam importantes fatores de risco psicossocial associados a exemplos, como se pode ver no Quadro 1.2. Estes autores sublinham também que psicossocial não é sinónimo de psicológico, referindo-se este último geralmente aos processos inerentes ao comportamento dos indivíduos.

Quadro 1 – Exemplos de riscos psicossociais

Fator de Risco Psicossocial	Descrição	Exemplos de fatores de risco presentes no local de trabalho
Requisitos de trabalho e carga mental	Os requerimentos mentais e físicos para a realização de determinado trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> -Trabalhar rapidamente; -Trabalhar intensivamente; - Grande carga de trabalho - Grande necessidade de processamento de informações; - Constantes pressões relacionadas com o tempo; - Pressão para se trabalhar horas extras.

Fator de Risco Psicosocial	Descrição	Exemplos de fatores de risco presentes no local de trabalho
Controlo do trabalho	A quantidade de informação que os trabalhadores percebem sobre o modo de como fazer o seu trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco ou nenhum controle sobre a velocidade de trabalho; - Poucas ou nenhuma oportunidades de programar o seu trabalho; - Oportunidade de intervalo limitada; - Pouca variedade de tarefas; - Poucas ou nenhuma oportunidades de tomar as próprias decisões.
Suporte social de colegas do trabalho	O apoio recebido dos seus colegas de trabalho que os trabalhadores percebem	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca ou nenhuma ajuda recebida por parte dos colegas e dos superiores imediatos; - Indisponibilidade ou irritabilidade por parte dos colegas e dos superiores imediatos em ouvir problemas relacionados com o trabalho.
Sentido de comunidade	O grau em que os trabalhos sentem que fazem parte de uma comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Pobre ambiente geral de trabalho; - Pobre cooperação entre colegas; - Relações pobres entre colegas.
Feedback de gestão	O feedback que os trabalhadores percebem que recebem por parte dos colegas e dos superiores imediatos	<ul style="list-style-type: none"> - Poucas ou nenhuma oportunidades de falar com os colegas e os superiores imediatos sobre o seu desempenho no trabalho.
Qualidade de liderança	O grau em que os trabalhadores percebem os seus superiores imediatos como sendo bons líderes.	<ul style="list-style-type: none"> - Pouca habilidade dos gestores em planear o trabalho; - Pouca habilidade dos gestores em resolver problemas.
Stress laboral	O grau em que os trabalhadores experienciam sinais de stress laboral.	<ul style="list-style-type: none"> - Grandes níveis de fadiga; - Grandes níveis de cansaço emocional; - Grandes níveis de frustração; - Pobre equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal

Fonte: Taylor and Green (2015: 3-4).

Fatores Organizacionais

Como o nome indica, os fatores de risco organizacionais estão relacionados com os riscos relacionados com o contexto físico em que o trabalho tem lugar e também com as atividades inerentes à própria função do trabalho. Com base no Dossier "Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal": Risco Profissional - Fatores e Desafios", do Centro de

Reabilitação Profissional de Gaia (2005), foi construído o seguinte quadro mostrando os principais riscos organizacionais e a sua descrição:

Quadro 2 – Descrição dos mais importantes fatores de risco organizacionais

Fatores de risco organizacionais	Descrição dos fatores de risco
A precariedade dos vínculos contratuais	O trabalho temporário, trabalho a tempo parcial, subcontratação e tempos de trabalho atípicos, constituindo-se estes como novas formas de trabalho que abrem a porta para novos fatores de risco, uma vez que apresentam uma correlação negativa com a saúde no trabalho.
O grau de controle sobre o próprio trabalho	A ausência de controle sobre o modo e o ritmo do trabalho realizado, sobre as pausas efetuadas e sobre as férias realizadas, levando a que os ciclos e ritmos naturais e biológicos do trabalhador não estejam em sintonia com os das máquinas, chefias ou equipas de trabalho, perturba o trabalhador, reduz a sua performance e tem graves efeitos nos processos psicológicos, podendo funcionar como fator estimulador de stress.
O ritmo de trabalho	Estudos apontam para a existência de uma correlação direta entre problemas de saúde e condições de trabalho caracterizada pela imposição de ritmos de trabalho intensivos. Manifestação clínica frequente de ritmos e de movimentos de trabalho intensos são as tendinites resultantes da sobrecarga sobre as bainhas tendinosas e musculares.
A rotatividade dos postos de trabalho	A rotatividade não permite a aquisição de experiência fundamental para a diminuição dos acidentes de trabalho, conduzindo à despersonalização dos postos de trabalho e impossibilitando o estabelecimento de umnexo causal entre as características do mesmo ou da tarefa e a manifestação de sintomas.
As novas tecnologias de informação e comunicação	o uso do computador, de ecrãs e/ou monitores, instrumentos fundamentais para operacionalização das novas tecnologias da informação e comunicação, bem como o crescente aumento das horas despendidas em frente aos mesmos são responsáveis por queixas, como por exemplo, fadiga, irritação ocular, stress, entre outros.
A dimensão da empresa	As pequenas empresas, dado os seus recursos limitados de tempo, capacidade financeira e meios técnicos para analisarem riscos e adotarem práticas preventivas, são identificadas como apresentando maior risco para a sua população trabalhadora.
O sistema de pagamento	O sistema de pagamento e os incentivos económicos influenciam o estado de saúde e a maior ou menor predisposição para a ocorrência de acidentes de trabalho por parte dos trabalhadores, uma vez que ditam o envolvimento destes no desenvolvimento das suas atividades, a sua motivação, as condições de trabalho sobre as quais agem e o contexto no qual são chamados a dar as mais variadas respostas.

Fonte: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2005: 38-42).

A responsabilidade civil do Estado, ou da Administração Pública, decorre da obrigação de reparar todo e qualquer dano causado a terceiros face a comportamentos imputáveis aos seus agentes (Cunha, 2012). Deste modo, como sujeito de direito, o Estado submete-se à responsabilidade civil, pelo que a Constituição Federal assegura que "as pessoas coletivas de

direito público e as de direito privado que sejam prestadores de serviços públicos, responderão por todo e qualquer dano causado pelos seus agentes a terceiros, garantindo assim o direito de regresso contra o responsável em caso de dolo ou culpa" (Constituição Federal, 1988, art. 37, § 6).

Um dos pilares do Direito Constitucional moderno é, precisamente, a sujeição de todas as pessoas, públicas ou privadas, ao quadro da ordem jurídica, de tal forma que a lesão dos bens jurídicos de terceiros acarreta para o autor do dano a obrigação de reparar o mesmo. A fim de caracterizar o dever de indenização, independentemente da existência de uma ação ou omissão, legal ou ilegal, material ou de outra forma legal, é apenas necessário que a ocorrência de um peso superior ao normal para essa situação. É também denominada responsabilidade não contratual do Estado (Mello, 2014).

Para muitas pessoas, diz-se indenização quando resulta de um ato ilegal, e indenização quando se refere a um ato lícito. Para outros, são apenas sinônimos. A responsabilidade civil trata da esfera econômica, compensação financeira, no que diz respeito aos danos que foram causados a terceiros. A responsabilidade penal diz respeito à prática de crimes ou delitos, enquanto que a responsabilidade administrativa resulta do não cumprimento das regras que disciplinam a conduta administrativa dos agentes públicos (Sarcedo & Raicher, 2010).

Como ensinado por R. B. Silva e M. C. Silva (2016), a responsabilidade civil do Estado diz respeito à obrigação imposta ao Estado de reparar os danos causados a terceiros em resultado das suas atividades ou omissões. A matéria é também estudada sob outras rubricas: responsabilidade patrimonial do Estado, responsabilidade civil da Administração e responsabilidade patrimonial extracontratual do Estado.

De acordo com a teoria do risco administrativo, se houver danos causados pela Administração, estes devem ser reparados, independentemente de intenção ou culpa. Fala-se da teoria face à existência de um risco ligado à atividade do Estado, que deve ser suportado pelo próprio Estado. Deste modo, a exceção à teoria do risco administrativo é clara: é dever do Estado compensar os danos ocorridos, independentemente da sua intenção ou culpa, contudo, não no caso da culpa exclusiva da vítima face a exceções, chama-se também teoria do risco administrativo mitigado.

Há também mais duas exceções às quais é importante salientar: a culpa de terceiros e a força maior. Em ambos os casos, a responsabilidade subjetiva do Estado está em vigor, uma vez que isto tem de ser provado. Se estiver envolvido um caso de força maior, a responsabilidade é removida, mas, no entanto, se tal evento se juntar à omissão do Estado causador do dano, então haverá um dever de indenizar. Mas, mesmo assim, não se diz que há

uma responsabilidade objetiva, aplicando assim a teoria da culpa do funcionário público, mais precisamente, a falta deste serviço.

Então, de acordo com a teoria do risco integral, que é citada apenas para questões didáticas, a Administração Pública seria sempre responsável pelos seus danos causados a indivíduos, sem qualquer exceção. O Estado apareceria como uma verdadeira seguradora universal, ou seja, qualquer problema que ocorresse, mesmo sem a presença de um nexo causal entre o que o Estado fez e os danos causados, admitiria a sua responsabilidade.

O risco administrativo torna o Estado responsável pelos riscos de sua atividade administrativa, mas não pela atividade de terceiros, da própria vítima ou de fenômenos naturais, alheios à sua atividade. Se o Estado, por seus agentes, não deu causa a esse dano, se inexistente relação de causa e efeito entre a atividade administrativa e a lesão, (...) o Poder Público não poderá ser responsabilizado. (Cogo *et al.*, 2016: 23)

Por conseguinte, a responsabilidade do Estado é objetiva (ato ilícito e nexo de causalidade entre ele e o dano), exceto se houver violação do nexo de causalidade por um dos excludentes da responsabilidade (ato de Deus ou de força maior, culpa exclusiva da vítima ou fato de um terceiro). Como acima mencionado, a responsabilidade estrita leva o Estado a indenizar os danos causados, independentemente da intenção ou culpa. Contudo, no Brasil, a teoria do risco integral não é aceita nos casos de responsabilidade do Estado por erro médico (Marçoi, 2016).

A teoria do risco administrativo, é a teoria que o Supremo Tribunal Federal (STF) tem vindo a adotar para responsabilizar o Estado em caso de erro médico. Considera que a responsabilidade civil do Estado tem uma natureza objetiva, ou seja, não é avaliada qualquer culpa. Na responsabilidade civil do Estado, em geral, no artigo 37, § 7, é necessário que a responsabilidade objetiva, ou seja, para configurar a obrigação de indenizar, é necessário que tais elementos: ato ilícito, existência de dano, e também, a existência de um nexo causal, sendo dispensada a investigação da culpa.

Por conseguinte, se alguém sofrer um erro médico, quando for instaurar uma ação judicial contra o Estado, preocupar-se-á em demonstrar um dano cuja conduta provém do hospital ou do serviço médico, o que gerará um nexo de causalidade, sem querer conhecer o hospital ou o médico culpado. Duas outras conclusões podem ser tiradas do texto constitucional em análise: O Estado só é responsável pelos danos que os seus agentes, enquanto tal, causam a terceiros (Benez, 2016).

A responsabilidade pela omissão é um dos campos mais amplos quando se trata da prestação de serviços públicos ou mesmo privados na área da saúde, afinal, muitas das vítimas

sofrem frequentemente precisamente por não terem acesso aos serviços de saúde (F. Gomes, 2009)

Tanto a doutrina como a jurisprudência brasileira são unânimes na questão da natureza objetiva da responsabilidade do Estado por condutas omissivas. No entanto, quando se trata dos comportamentos omissivos do Estado, o direito nacional traz duas teses divergentes.

Aqueles que criticam a tese da estrita responsabilidade do Estado por atos omissivos, afirmam que, ao defendê-la, o Estado está a tornar-se uma seguradora universal. Por exemplo: se um tipo foi assaltado na rua, vítima de roubo, a responsabilidade cabe afinal ao Estado, a segurança era deficiente. A diferença entre a omissão geral e a omissão específica definida, que tem uma clara relação causal com os danos (Benez, 2016).

A segunda tese é a da responsabilidade subjetiva, onde será necessário produzir provas sobre o fracasso do serviço. É uma prova de culpabilidade. É necessário provar que o serviço está efetivamente a ser prestado de forma deficiente, e é exatamente esta falha na prestação do serviço, que gerará a responsabilidade do Estado por um ato de omissão (Benez, 2016).

A responsabilidade por parte do médico é considerada responsabilidade civil subjetiva, ou seja, o médico só pode ser responsabilizado quando e se for imprudente, negligente ou imperito (Amaral, 2012). A responsabilidade médica, por outro lado, é uma situação legal em que, nas palavras de Croce (2002), o esculápio assume uma obrigação de meios e não de resultados, comprometendo-se a tratar o paciente com ardente cuidado, atenção e diligência adequadas, a advertência esclarece os riscos da terapia ou intervenção cirúrgica proposta e a natureza de certos testes prescritos, por isso, se não for capaz de a curar ou se tiver morrido, isso não significa que não tenha cumprido o contrato.

Finalmente, no que diz respeito ao erro médico no âmbito do SUS, com a gestão de sistemas partilhada entre a União, Estados, Municípios e o setor privado, a atribuição de responsabilidade por cada entidade política tem sido discutida várias vezes em jurisprudência, ou seja, qual é a responsabilidade de cada um: União, Estado e Municípios.

Segundo o Supremo Tribunal de Justiça, no caso do prestador do serviço público, ou seja, um hospital municipal, a União não tem legitimidade para ser incluída no polo passivo da ação. Nesta tese, a pessoa política a quem o hospital está ligado é a que responde, ou seja, a autarquia. No caso do hospital privado acreditado pelo SUS, é também da responsabilidade do município, que tem a função de supervisionar estes hospitais e, portanto, é responsável por erros médicos. No entanto, aqueles que sofreram os danos causados por erros médicos podem querer intentar uma ação judicial contra qualquer entidade política.

1.9 Gestão Ética

No espaço da organização hospitalar pública e privada, são analisados mecanismos disciplinares para gerar e reduzir os custos gerados pela ética e pela moral.

A gestão ética hospitalar é focalizada e envolve a gestão dos sistemas de saúde, equipamentos, pessoas, seus processos e assuntos (R. M. Silva, 2019). Nessas unidades, todo o processo de aplicação e inovação tem um desenvolvimento e planejamento, que permitem que todos estes objetivos citados sejam atingidos e as ações apropriadas sejam executadas (Bonato, 2011).

Como isso, os gestores hospitalares devem ser profissionais capacitados por meio da ética para atuar na área, e desenvolver as ferramentas certas dentro dos serviços de saúde, com a sua formação gerencial, irão ocupar espaços de liderança nas instituições (A. Santos, 2018). Portanto, a organização tem como plano alternativo, tomar decisões de avaliar as vantagens e desvantagens, e os efeitos potenciais dos objetivos que entraram em ação.

Estas operações que de um modo geral, trazem um curto prazo, dentro das organizações hospitalares, uma gestão ética onde o cenário é muito relevante devido principalmente às altas taxas de gastos na área da saúde, trazendo complexidade para os investimentos e com isso o grande aumento de custos na instituição.

Como isso o gestor hospitalar exerce a liderança dentro da organização, desenvolvendo fatores e equilíbrios, nas demandas da instituição, gerando consentimento e legitimando a atuação do gestor e líder. Com todas as formas a serem apresentadas para o nível hierárquico, o gestor e líder terá primeiramente pela frente um grande objetivo, cativar e conquistar a confiança dos seguidores, para o que terá de ter ética e transparência que consiste em um dos principais fatores (Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto & Simioni, 2010).

Em busca de renovação, alguns caminhos estão sendo seguidos na busca de uma gestão para os hospitais, que são a radicalização e racionalização das práticas hospitalares, para que os componentes venham reforçar toda a estratégia dentro da organização e criar novas formas bilaterais de direitos e deveres (Bonato, 2011).

Dentro das suas limitações de recursos e tempo, os gestores devem recolher, sintetizar e interpretar toda e qualquer informação relevante, para se concentrarem no planejamento. Esta situação concentra-se nas forças internas que centralizam a unidade de trabalho e, dentro de sistemas abertos e com o ambiente externo, examina as influências de cada área (A. C. Ribeiro & Y. B. Silva, 2016).

Para reforçar estas estruturas dentro das organizações, existem dois segmentos fundamentais em torno das instituições:

- a especialização: é a subdivisão do trabalho em tarefas menores;
- coordenação: fornece referências a procedimentos dentro de várias partes da organização. Todas as responsabilidades dentro dos processos detalhados, para executar as tarefas e orientar todos os procedimentos, dentro de um manual de qualidade.

Um sistema de qualidade está sob pressão externa para ser implementado dentro de uma organização, com uma maior procura por parte dos clientes, procedimentos em concursos e entrada em novos mercados, tornando o processo mais difícil e mais traumático. As dificuldades surgirão e serão diversas, onde o processo de implementação deve ter normas, e exige constância de propósito, e terá uma longa jornada em busca da obtenção do certificado.

A direção terá um enorme compromisso com a regulamentação e renovação deste certificado. A gestão hospitalar ética tem sistemas integrados, onde a tendência, juntamente com a oportunidade, traz esta integração de sistemas, eventualmente adotada pelas empresas. Neste estudo, o foco é a gestão da qualidade (A. C. Ribeiro & Y. B. Silva, 2016).

A ética profissional de um gestor hospitalar é extremamente importante, dadas as exigências que o mercado de trabalho impõe. Segundo RB Silva e MC Silva (2016: 82), pode ser definido como "[...] aquilo que se baseia no consenso e na responsabilidade pelo bem-estar de todos, ou seja, de todos os envolvidos [...]". Consequentemente, a sociedade vive à imagem da organização, e os seus funcionários são um reflexo das decisões éticas tomadas pelos seus gestores.

Toda a ética nasce da necessidade de regular a busca incessante do bem individual que pode comprometer o bem coletivo. Por conseguinte, a empresa, inserida num contexto mais amplo, seria incluída, por exemplo, numa ética mais geral da sociedade (Germano, 2003).

Para Vendemiatti et al. (2016: 1304):

"[...] o centro da relação entre líderes e liderados é movido pelo poder, cognição e emoção. O equilíbrio desses fatores é desenvolvido pela liderança através do ordenamento de significados das demandas da organização e dos anseios dos envolvidos, que devem gerar processos de identificação. Nesse sentido, o processo não é orientado pela autoridade, mas primordialmente pela negociação dos limites possíveis entre os desejos individuais e os objetivos organizacionais, que geram consentimento e legitimam a atuação do líder".

Com o desenvolvimento acelerado da tecnologia, a área da saúde necessita de meios para alcançar esta modernização da gestão ética hospitalar, e um deles deve-se à perspectiva de

um diálogo mais aberto e comunicativo, baseado nos "coletivos existentes no hospital, em torno da construção de um projeto de qualificação de cuidados" (Ministério da Saúde, 2011: 103).

Para um capitalismo mais conservador, os hospitais, como parte integrante das empresas, ainda enfrentam muita relutância; em contrapartida, existe uma quebra de paradigma quando o assunto é a preocupação da nova forma de trabalho no mercado atual, pois estes estão buscando, com mais frequência, a gestão de qualidade de gestores habilitados.

Mangilli et al. (2017) definem a subcultura como sendo um subsetor de membros da organização que interagem regularmente entre si, autoidentificados como um grupo distinto dentro da organização e orientam rotineiramente as suas ações com base na compreensão coletiva do que é melhor para o grupo. Assim, o gestor local terá de analisar as estratégias presentes na ética hospitalar, a fim de delimitar todo o processo de liderança em conflitos dentro deste contexto.

1.9.1 Gestor Hospitalar

O gestor do hospital, também conhecido como administrador da área da saúde, desenvolve a gestão dos sistemas de saúde através da ética, processos, pessoas, materiais utilizados, bem como o equipamento do local. Esta posição pode também visar o planejamento e controle de compras, custos, verificação e supervisão de contratos de seguros de saúde, diagnósticos e uma solução global de problemas técnicos e administrativos em unidades de saúde (A. C. Ribeiro & Y. B. Silva, 2016).

O profissional qualificado em gestão hospitalar pode considerar o emprego em instituições de saúde públicas e privadas, bem como gerir o seu próprio negócio, uma vez que a área da saúde é muito abrangente, concentrando-se em clínicas, centros de saúde, policlínicas, ambulatórios, entre muitos outros ramos. O gestor hospitalar visa, de forma ampla, avaliar e controlar a gestão de uma organização, tanto nos processos relacionados com técnicas financeiras como nas pessoas que com ela colaboram (Leggat, 2007).

Os cursos que formam e licenciam um gestor hospitalar no Brasil enquadram-se como técnicos de nível médio; tecnólogos ou com especialização em pós-graduação a um nível superior.

1.9.2 Rotatividade de Colaboradores

Os empregados satisfeitos são os menos problemáticos, bem como os menos propensos a juntarem-se ao rolo de rotação (Kifle, Parvinder & Shankar, 2017; Raharjo, Mugion, Pietro & Toni, 2016; Manto, 2017). Conseqüentemente, as pessoas menos satisfeitas ou que carecem de realização profissional, com pouco reconhecimento na sua posição e mesmo vivendo em constantes conflitos com os seus chefes e colegas, tendem a ter uma maior rotatividade na área da saúde, bem como noutras áreas (G. Ferreira & C. Dias, 2017; Moreira, M. Ferreira, Magalhães, D. Costa & Neto, 2019).

Para melhor compreender a questão da rotatividade dos funcionários, Grissom, Viano e Selin (2015) e Mamun e Hasan (2017), têm opiniões válidas para um melhor exemplo da razão pela qual há tanta rotatividade de funcionários: a falta de integração entre a cultura institucional e o funcionário, ou a falta de incentivos políticos organizacionais, são fatores cuja importância continua a ser relevante para esta constante reestruturação do pessoal.

1.9.3 Estratégias na Gestão Hospitalar

A estratégica é um conceito comum no âmbito da administração, que significa o ato de pensar e fazer planos de uma forma estratégica. Para planejar o administrador de uma organização específica, os objetivos organizacionais devem ser bem definidos, a fim de poder dirigir as ações necessárias para o desenvolvimento organizacional. Este gestor também precisa de trabalhar sobre os pontos fortes e fracos da organização e, conseqüentemente, a motivação da equipe de trabalho através da ética, também desempenha um papel importante neste processo organizacional a fim de alcançar os objetivos comuns da organização (Harrison & John, 2014).

De acordo com Cavalcante, Extender & Vanzo, (2014: 4), planejar estrategicamente significa utilizar eficientemente os recursos disponíveis, aumentando a produtividade de um indivíduo ou empresa.

“Planejamento é o trabalho de preparação de qualquer empreendimento no qual se estabelecem: objetivos, etapas, prazos e meios para realizá-lo. Também é um processo que organiza as informações e os dados importantes para manter a empresa funcionando de modo a alcançar determinados objetivos. Ele aumenta consideravelmente as chances de sucesso do negócio e não garante o sucesso, mas colabora para a diminuição dos riscos, já que eles podem ser calculados. Um bom planejamento pode ser decisivo para o empresário aproveitar uma grande oportunidade de negócio. Ele pode indicar a melhor maneira de usar os recursos disponíveis, ao permitir que os administradores acompanhem de perto cada parte da empresa. Ao mesmo tempo, o planejamento permite uma visão geral da empresa, o

que ajuda a desenvolver métodos e estratégias eficientes para o crescimento.” (Cavalcante, Estender & Vanzo, 2014:4).

Para Rocha (2009), o sucesso das organizações está a submeter-se aos mercados que selecionam o forte movimento, tendo uma base sólida e contra a competitividade excessiva, pois é essencial procurar inovações que se destaquem face à capacidade de imitação dos seus rivais. Neste sentido, vale a pena mencionar que dentro da gestão hospitalar e também do planeamento estratégico, a organização goza de requisitos positivos.

As principais fases do planeamento estratégico hospitalar abrangem quatro etapas, subdivididas em grandes setores. Funciona como um *check list* de verificações e realizações para que o gestor possa desenhar. Na próxima fase do planeamento, encontramos os instrumentos prescritivos e quantitativos, ou seja, um desdobramento da fase anterior de forma a aprofundá-la ; aqui encontramos os objetivos, desafios, metas e indicadores, passando do abstrato para concreto o que deve ser feito para que o hospital se torne uma referência no futuro baseada na ética (E. Gomes, 2009).

1.9.4 Ética e Qualidade no Atendimento

De acordo com o que Barros (2018) descreve, a Medicina, especialmente depois dos anos 60, tem mostrado uma evolução tecnológica espantosa, com um profundo domínio do conhecimento biocientífico, permitindo realizações cada vez mais ousadas e impensáveis durante alguns anos.

Contudo, Kessler (2011) diz também que o sistema de saúde tem enfrentado sérias críticas: o aumento dos preços dos serviços de saúde; processos judiciais por erros médicos; atraso na realização de alguns procedimentos; variação da prática clínica. Este é um fenómeno observado não só no Brasil, mas também em vários países desenvolvidos: os Estados Unidos, Inglaterra, França e Portugal.

De acordo com Viegas, Carmo e Luz (2015), há um sentimento geral de insatisfação com o sistema de saúde, pois exclui a maioria da população, é bastante caro e pouco se sabe sobre a sua real efetividade. Os mesmos autores descrevem ainda que, segundo a Pesquisa Mundial de Saúde - projeto desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2012- 46,7% dos brasileiros usuários exclusivos do sistema de saúde público e 28% dos usuários do sistema suplementar estão insatisfeitos com o funcionamento da assistência.

L. Marques e MA Silva (2007) destacam que, diferentemente de outros setores produtivos como a indústria, por exemplo, o setor da saúde tem pouca tradição na adoção de sistemas de gestão da qualidade, em parte pela falta de formação administrativa de parcela dos dirigentes do setor, que desconhecem o potencial das ferramentas de gestão da qualidade, e, em parte, devido à ausência, até recentemente, de instrumentos de gestão específicos para a saúde.

Berto, Uhlmann, Erdmann e Kawase (2017) destacam que, no Brasil, a intensificação dos movimentos para a implantação de sistemas de qualidade na saúde se deu, a partir da década de 1990, da agregação de alguns núcleos pioneiros, tendo a origem na Organização Nacional de Acreditação (ONA), que desenvolveu um dos instrumentos, hoje disponível especificamente para a área hospitalar.

Visando o aumento da qualidade no setor de saúde, Precioso (2014) refere que foi lançado o Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar e, de forma paralela, as normas ISO 9000:2000. Posteriormente foi lançada a norma ISO 9001 (2015), mas estas possuem metodologias diferentes, embora visem a melhoria da qualidade no setor da saúde. Tanto o processo de acreditação como as normas ISO 9000:2000 e ISO 9001 (2015) são relevantes e visam a melhoria da qualidade no setor da saúde. No entanto, os profissionais relacionados com o setor têm diferenças e semelhanças que são decisivas no trabalho.

1.10 Evolução da Gestão das Organizações Hospitalares e a Acreditação Hospitalar no Brasil

Segundo o Ministério da Saúde (2014), o Brasil concentrou-se em ações de prevenção e pesquisa durante 1953. As atividades de Medicina curativa a nível individual, incluindo a assistência médica e hospitalar em geral, estavam na área do Ministério do Trabalho e Previdência Social, a cargo dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's).

No início dos anos 60, uma comissão de técnicos representativos dos Institutos dos Comerciantes, Industriários e Bancários elaboraram um documento para classificação hospitalar – à semelhança ao que na época a Joint Commission implantava nos Estados Unidos. (Cherubin & N. Santos, 2010: 48).

O objetivo dessa classificação era “estabelecer padrões para que os hospitais fossem credenciados para a prestação de serviços e para a remuneração desses serviços” (Schiesari, 1999: 164). O documento resultante foi um primeiro roteiro, reduzido, para ser aplicado nos hospitais conveniados, mas acabou não sendo efetivado, reduzindo-se a apenas uma declaração de princípios.

Manzo (2009) descreve que a “Acreditação Hospitalar” tem, como princípio básico, a ideia de se fazer com que a população acredite no hospital, tratando-se de algo fundamental ao aperfeiçoamento e garantia da qualidade dos serviços de saúde, seja em unidades públicas, privadas ou filantrópicas.

A Acreditação Hospitalar é um método de avaliação voluntário, periódico e reservado dos recursos institucionais de cada hospital para garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Não é uma forma de fiscalização, mas um programa de educação continuada. O método inclui o monitoramento sistemático de todos os recursos pontos que integram a rotina de um hospital, desde a qualificação dos recursos humanos aos índices de infecção hospitalar, condições da infra-estrutura física, equipamentos disponíveis, leitos oferecidos, entre outras coisas.

Menezes (2013) ensina que a certificação em Acreditação Hospitalar é um processo voluntário. No Brasil, não existe legislação que exija que o prestador de serviços de saúde seja submetido a uma avaliação.

Contudo, tal certificação será quase uma obrigação institucional para os hospitais, pois chegará o dia em que os compradores de serviços de saúde (planos de saúde, SUS e particulares) exigirão a certificação, uma vez que terão a certeza de que existe um mínimo de condições estruturais e de qualidade para uma boa assistência aos doentes (Menezes, 2013).

As normas internacionais, que derivam do seu nome em língua inglesa, Organização Internacional de Normalização (ISO), foram fundadas em 1946, tendo o Brasil como um dos membros fundadores, e a sua sede instalada em Genebra, Suíça. Este acrônimo foi escolhido a partir do grego radical que significa igualdade. A entidade está estruturada em mais de 200 Comitês Técnicos, que desenvolvem e propõem por consenso a edição das normas ISO. Todos os países membros podem participar nos trabalhos de qualquer comitê, através do seu organismo nacional de normalização. No Brasil, a entidade nacional de normalização é a Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT (Correia, Mélo & Medeiros, 2006).

Para a Hoyle (2018), uma das preocupações da ISO tornou-se o estabelecimento das bases para garantir a qualidade de certos produtos e serviços críticos, de uso internacional, chamados produtos controlados.

Silva (2013) afirma que, procurando alcançar este objetivo, em 1976, a ISO implementou o Comitê Técnico 176, cujo objetivo, desde o início, era criar normas genéricas para garantir a qualidade dos processos pelos quais os produtos controlados eram gerados e não, a dos próprios produtos controlados. O Comitê Técnico 176 decidiu desenvolver uma série de normas especiais, denominadas normas sistêmicas ou de gestão, cujos requisitos exigiriam, única e genericamente, "o que fazer" seria especificado em normas técnicas específicas.

A descrição de Correia, Mélo e Medeiros (2006), também complementa que, em vez de apresentar regras para garantir diretamente a qualidade dos produtos e serviços, o Comitê Técnico 176 propôs regras para estabelecer sistemas de gestão que, se aplicados e funcionais, garantiriam a qualidade dos produtos/serviços (eficácia e eficiência), em melhoria contínua. Para tal, cada organização que adotasse a série ISO 9000 implementaria uma estrutura e certas funções que definiriam a existência do sistema de gestão da qualidade. Com a sua implementação, qualquer organização seria capaz, adotando decisões e medidas adicionais, de utilizar normas técnicas e/ou uma normalização interna adequada, para garantir também a qualidade dos seus produtos e serviços.

Em 1987, o Comitê Técnico 176 publicou a sua primeira versão de uma série de normas, que passou a ser conhecida como a série ISO 9000. Esta série continha a ISO 8402 - Terminologia e quatro outras normas: ISO 9000, ISO 9001, ISO 9002 E ISO 9003. As três últimas foram chamadas normas contratuais, com diferenças no âmbito, e a organização pode escolher qualquer uma delas para estruturar o seu sistema de gestão, desde que acordado com os seus clientes (Chaves & Campello, 2016).

1.10.1 A Série ISO 9000:2000

Uma versão importante da família ISO 9000 para o setor da saúde foi publicada em Dezembro de 2000, e foi renomeada ISO 9000: 2000. "A nova família foi compactada e agora consiste apenas em três normas ISO 9000: 2000, ISO 9001: 2015, ISO 9004: 2015" (Fontinele, 2012: 69).

De acordo com Bernardo (2017), os novos títulos são apresentados: Norma Brasileira Regulamentadora (NBR), NBR ISO 9000: 2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Fundamentos e Vocabulário; NBR ISO 9001: 2015 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos; NBR ISO 9004: 2015 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Directrizes para a Melhoria do Desempenho.

Para compreender, NBR ISO 9000: 2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) - Fundamentos e Vocabulário, atua como uma introdução à família, estabelecendo os princípios da gestão da qualidade. Abrange termos e definições, descreve os fundamentos dos sistemas de gestão da qualidade e os seus elementos, resume a "abordagem do processo" e apresenta o modelo genérico do processo baseado no SGQ. Em seguida, NBR ISO 9001: 2015 - Sistemas de Gestão da Qualidade, os requisitos é a norma sobre a qual as organizações são auditadas. O processo é voluntário. Define os requisitos para os sistemas de gestão da qualidade. Finalmente,

NBR ISO 9004: 2015 - Sistemas de Gestão da Qualidade - Diretrizes para a Melhoria do Desempenho, fornece diretrizes para a condução de processos de melhoria e autoavaliação; está estruturada de forma coerente com a NBR ISO 9001: 2000.

1.10.2 A Norma NBR ISO 9001:2015

Como descrito pela ABNT (2000a), os principais conceitos da NBR ISO 9001: 2015 giram em torno dos 8 princípios de gestão da qualidade, identificados como sendo a estrutura básica capaz de orientar uma organização para melhorar o seu desempenho:

- ✓ foco no cliente: as organizações dependem dos seus clientes e, portanto, recomenda-se que satisfaçam as necessidades atuais e futuras do cliente, as suas exigências e que procurem exceder as suas expectativas;
- ✓ liderança: os líderes estabelecem a missão e a direção da organização. Devem criar e manter um ambiente interno, no qual as pessoas possam estar plenamente envolvidas no propósito de alcançar os objetivos da organização;
- ✓ desenvolvimento das pessoas: as pessoas a todos os níveis são a essência de uma organização, e o seu pleno envolvimento permite que as suas competências seja utilizadas em benefício da organização;
- ✓ abordagem de processo: um resultado desejado é alcançado de forma mais eficiente quando as atividades e recursos relacionados são geridos como um processo;
- ✓ abordagem sistêmica à gestão: identificar e compreender os processos inter-relacionados que contribuem para a eficácia e eficiência das organizações na consecução dos seus objetivos;
- ✓ melhoria contínua: o desempenho global das organizações, como seu objetivo permanente;
- ✓ abordagem factual à tomada de decisão: as decisões eficazes baseiam-se na análise de dados e informações;
- ✓ benefícios mútuos nas relações com fornecedores: uma organização e os seus fornecedores são interdependentes, e uma relação de benefícios mútuos aumenta a sua capacidade de acrescentar valor. (ABNT, 2000: 54)

Após a descrição do processo de acreditação hospitalar, assim como a descrição das normas ISO 9000: 2000 e ISO 9001: 2015, são apresentados os resultados da investigação.

Após a realização do quadro teórico, pode dizer-se que o programa brasileiro de acreditação hospitalar possui uma série de diferenças e semelhanças em relação às normas da série ISO 9000: 2000 ISO 9001: 2015.

Relativamente às diferenças, pode dizer-se que o programa brasileiro de acreditação hospitalar foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com enfoque na organização dos processos administrativos e na Medicina curativa (Antunes & J. L. Ribeiro, 2005).

A série de normas da ISO 9000/2000 e ISO 9001: 2015 foram desenvolvidas pela ISO e Management Consulting Group, ambas são específicas para o setor da saúde e centradas no cliente e baseiam-se em oito princípios, entre os quais a utilização intensa de metodologia própria, tecnologia de ponta em sistemas de informação e normalização de processos. No que diz respeito às semelhanças, pode-se dizer que os programas e normas acima mencionados procuram melhorar a qualidade no setor da saúde, especialmente no que diz respeito à organização dos processos administrativos, serviço ao público e melhorias na gestão.

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, as suas características e variáveis de investigação interna e externa; comparar o programa com os princípios da organização internacional para a normalização ISO (Ministério da Saúde, 2002).

Este texto pretende considerar a relevância da função da gestão pública, que recebe a designação adequada para inspecionar satisfatoriamente os contratos administrativos, nas proximidades do artigo 67 da Lei n.º 8.666 (1993), com vista a realizar uma reflexão crítica sobre a responsabilidade pela qualidade dos cuidados, sem, no entanto, pretender esgotar este tema, uma vez que o agente considerado no poder público deve estar consciente da relevância da correta aplicação do dinheiro público. a obtenção de um grau de excelência em termos de eficiência nos itens operacionais.

Bonato (2013), expressa que no desejo de obter no mesmo caminho o fator economia e eficiência na despesa dos recursos provenientes da exploração pública, os agentes vinculados desempenham, entretanto, um papel relevante, como agente de inspeção e controle da execução do projeto. contrato de saúde pública.

A fim do correto cumprimento do contrato, devem ser evitados acontecimentos inúteis, a fim de salvaguardar o interesse do contribuinte social. Como a atividade de inspeção falha, é desencadeado um processo que engloba todas as entidades envolvidas na execução do serviço de saúde (Bonato, 2013).

Aguiar, D. Santana e P. Santana (2015) traz outro fator relevante que contribui para elevar o caráter de responsabilidade do funcionário público na Administração Pública em termos de responsabilidade subsidiária, nomeadamente, em caso de incumprimento por parte

da instituição de prestação do serviço. serviço, devido às quantidades de conotação laboral, numa situação que prova a ausência de supervisão efetiva da execução do contrato entre as partes, conforme descrito na Súmula n.º 331, IV do Tribunal Superior de Trabalho.

Capítulo 2 - Metodologia

2.1 Métodos de Investigação

A investigação enquanto processo sistemático de investigação, pensado e planejado tem como objetivo recolher, analisar, interpretar e utilizar os dados a fim de compreender, prever, descrever, ou mesmo controlar um fenómeno sobre o qual se procura refletir e observar (Mertens, 1998). Ludke e André (1986), por sua vez, afirmam que a investigação designa um esforço para desenvolver o conhecimento sobre aspectos da realidade na procura de soluções para os problemas expostos. Deste modo, a investigação pretende encontrar a solução de certos problemas, aprofundar conceitos e, naturalmente, construir conhecimentos sobre o tema pesquisado, estes são os desafios da investigação.

Uma metodologia de investigação é um procedimento definido que permite questionar cientificamente uma determinada realidade. A etapa afeta a definição de uma metodologia designa o "conjunto de meios e atividades próprias para responder às questões de investigação formuladas durante a fase conceitual" (Fortin, 2009: 211). Assim, a fase metodológica está relacionada com a definição detalhada do percurso que será delineado e seguido. Para compreender um fenómeno, todos os investigadores devem fazer uma escolha, considerando os diferentes métodos, dependendo do tipo de investigação e da natureza da sua hipótese (Fortin, 2009).

No presente estudo, a intenção é estabelecer, confirmar, ou validar as relações e desenvolver generalizações que contribuem para a teoria, começando com uma explicação do problema e envolvendo a formação de uma hipótese, uma revisão da literatura e uma análise dos dados, tal como sugerido William (2007). Em termos de estudo empírico, recorreu-se à metodologia quantitativa, que se afirma como uma abordagem objetiva, baseada na observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador, constituindo-se, assim, como um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis (Freixo, 2012).

Como os dados quantitativos são numéricos, a recolha e análise de dados de amostras representativas é mais comumente usada. Nos seus termos mais simples, quanto mais representativa for a amostra, mais provável é que uma análise quantitativa reflita, com precisão, um quadro do impacto do desastre quando este encontra-se generalizado para toda a população afetada. No entanto, mesmo uma amostra representativa não tem sentido, a menos que os instrumentos de recolha de dados usados para recolher dados quantitativos sejam apropriados,

bem planejados, corretamente aplicado e explicados aos utilizadores finais dos dados. Os dados recolhidos usando questionários mal elaborados podem solicitar uma quantidade enorme de dados, todavia resultam na utilização de muitos deles por serem muito difíceis de medir e impossíveis de generalizar para o total de áreas afetadas (Andrade, 2009).

2.2 População, Amostragem e Recolha de Dados

O investigador deve escolher a amostra do seu estudo, considerando fatores como o tamanho da amostra e os métodos de recolha de dados (Fortin, 2009).

O universo, ou população, compreende um conjunto de elementos que possuem determinadas características, a partir das quais toma-se um subconjunto, *id est* amostra, para estimar características desse todo (T. C. Silva, 2014).

Sucintamente, a amostra pode ser definida como uma parcela de uma população selecionada para fins de análise (Levine, Stephan, Krehbiel & Berenson, 2008). Representatividade e imparcialidade são duas questões importantes que devem ser tidas em conta na seleção da amostra, pois, para ser apropriada, esta deve ser representativa, ou seja, deve conter em proporção tudo o que a população possui. Além do mais, todos os elementos da população devem ter igual oportunidade de fazer parte da amostra, ou seja, esta deve também ser imparcial (T. C. Silva, 2014). Em suma, como refere Almeida e Freire, (2000), uma amostra representativa da população é aquela que reflete os aspectos típicos desta.

A amostragem designa o processo pelo qual se obtém uma ou mais amostras de uma população de interesse. Na amostragem, seleciona-se parte de uma população e observa-se esta com o objetivo de estimar parâmetros, características, populacionais. Os diferentes procedimentos amostrais devem respeitar estes critérios:

- 1) as amostras devem ser representativas da população;
- 2) as amostras devem fornecer estimativas precisas das características da população, podendo medir a sua fiabilidade;
- 3) os custos para seleção da amostra devem ser pequenos.

No caso particular deste estudo, importa realçar que, conforme o DATASUS, há 129 hospitais gerais ativos no município do Rio de Janeiro. Nesses hospitais, tem-se 60 mil profissionais ativos aproximadamente. A população deste estudo inclui médicos, enfermeiros, técnicos e profissionais que atuam na assistência aos pacientes atendidos em um hospital público no município do Rio de Janeiro. Para isso, retirou-se uma amostra de conveniência, que se acredita ser representativa, de um hospital público carioca, e assim enviado um questionário

eletrônico aos profissionais atuantes no Serviço de Terapia Intensiva. Desses, 181 enviaram respostas.

O estudo contou com uma amostra contendo pessoas de diversas funções (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, administrador, dentre outros profissionais). A escolaridade mínima dos respondentes foi ensino médio completo. Tempo de serviço, cargo, sexo, tipo de contrato e idade compuseram outros critérios na separação de perfil.

2.3 Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha dos dados pode ser conceitualizada como um dos momentos mais cruciais da realização de uma pesquisa, uma vez que é durante a recolha de dados que o pesquisador adquire as informações fundamentais para o desenvolvimento do seu estudo. Pode-se ainda constatar que o sucesso da pesquisa depende, em grande medida, da forma como o pesquisador faz a recolha dos dados. Para recolher de forma correta as informações necessárias à realização da pesquisa, é desafio do pesquisador escolher corretamente os instrumentos de recolha de dados que atendam aos seus objetivos e que se encontrem de acordo com a técnica utilizada (Prodanov & Freitas, 2009).

No presente estudo, recorreu-se à aplicação de questionário. De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998), uma das ferramentas passíveis de serem utilizadas no trabalho de campo é o inquérito por questionário. Para os autores, tal ferramenta consiste em colocar junto a um grupo de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à caracterização sociodemográfica, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre outro ponto de interesse dos investigadores.

Ainda, segundo Gil (1991: 128), o questionário pode ser concetualizado “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo, por objetivo, o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, entre outras”. O autor apresenta as seguintes vantagens do questionário sobre as demais técnicas de recolha de dados:

- a) possibilita atingir um grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa, já que o questionário pode ser enviado pelo correio;
- b) implica menores gastos com pessoal, posto que o questionário não exige o treino dos investigadores;

- c) garante o anonimato das respostas;
- d) permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente;
- e) não expõe os pesquisadores à influência das opiniões e do aspeto pessoal do inquirido.

O questionário pode conter questões de resposta aberta ou fechada. As questões de resposta aberta não limitam a resposta do inquirido e as questões de resposta fechada oferecem um número de opções codificadas. As vantagens de um ou outro tipo de questão dependem das propostas do estudo e da necessidade de análise. Caso se pretenda, pode-se codificar os resultados das questões “abertas” em várias categorias e dar apenas uma lista com diferentes respostas, no entanto, perde-se a informação qualitativa nesse caso.

Neste estudo, o instrumento aplicado na recolha de dados (questionário que se apresenta no Anexo I) foi traduzido e adaptado de um modelo já existente e considerado pela autora como sendo adaptável à proposta desta pesquisa.²

Na elaboração do questionário deste estudo, empregou-se duas partes:

- a primeira com perguntas sobre as características dos respondentes;
- a segunda parte sobre os aspectos éticos profissionais na visão dos inquiridos.

O questionário envolveu questões fechadas e uma questão aberta, relativas a aspectos de rotina de trabalho, confidencialidade do paciente, práticas e alocação de recursos e conformidade na gestão. No total, este é composto por 45 questões organizadas em oito blocos:

- A- Dados Demográficos;
- B- Situação Profissional;
- C- Práticas Éticas na Rotina de Trabalho;
- D- Práticas Éticas na Privacidade e Confidencialidade do Paciente;
- E- Práticas Éticas em Alocação de Recursos;
- F- Práticas Éticas na Gestão;
- G- Conformidade e Integridade na Gestão;
- H- Opinião Global.

As questões fechadas respeitam a variáveis de natureza distinta: nominal, ordinal e quantitativa. As questões A1, A3, B5, B6, B8 e F37 e G42 respeitam a variáveis de natureza nominal, as questões A2 e H44 respeitam a variáveis quantitativas (embora na última seja subentendida uma natureza ordinal que expressa o ponto de vista da ética, “nada ético” a “excepcionalmente ético”) e as restantes questões respeitam a variáveis ordinais. Em particular, nos itens que respeitam a variáveis ordinais, foram utilizadas diferentes escalas: por exemplo

² Improving Ethics Quality in Health Care 2010 Integrated Ethics Staff Survey

escalas de Likert de 4 pontos (C10 a C14 e F28 a F30, F32 e G40), ou escalas não comparativas simples de 5 itens foram geralmente utilizadas para medir a frequência de realização de atividades (C9, Bloco D, E21 à E23, F31, F33, G38, G39 e G41).

2.4 Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram coletados através de um formulário previamente montado na plataforma *Google Forms*. Em seguida, os mesmos foram copiados para uma planilha em Microsoft Excel. Para uma análise complementar, tais resultados foram transferidos para o programa estatístico IBM SPSS, versão 18. 2

No que se refere à análise de dados, em termos metodológicos, foi feito um estudo quantitativo de natureza descritiva, contemplando análise descritiva e inferencial. Este estudo passou, primeiramente, por análise descritiva dos dados, a fim de caracterizar a amostra em estudo e observar como se comportavam as variáveis selecionadas, mediante uma análise univariada e bivariada/multivariada. Foram geradas tabelas de frequência percentual e obtidas construções gráficas de acordo com o nosso interesse.

Para o item de resposta aberta, análise qualitativa, H 45, foi formatada através de uma nuvem de palavras utilizando o site denominado *wordle.com* com a construção de uma tabela confeccionada de acordo a frequência do aparecimento da palavra.

Visando enriquecer o nosso estudo, foi ainda feita uma análise inferencial mediante a implementação de testes de hipótese não paramétricos (em concreto o Teste de Kruskal-Wallis). Os testes estatísticos não paramétricos poderão contemplar, entre outras, alguma(s) das seguintes condições:

1. os dados em análise são dados de natureza nominal;
2. os dados em análise são dados de natureza ordinal em particular com dados em escala tipo *Likert*, como são tipicamente as escalas de concordância ou de importância
3. os dados em análise são de natureza quantitativa, mas existe violação de pressupostos à aplicabilidade de testes paramétricos

No nosso estudo, a escolha pela implementação de testes desta natureza é justificada pelo ponto 2.

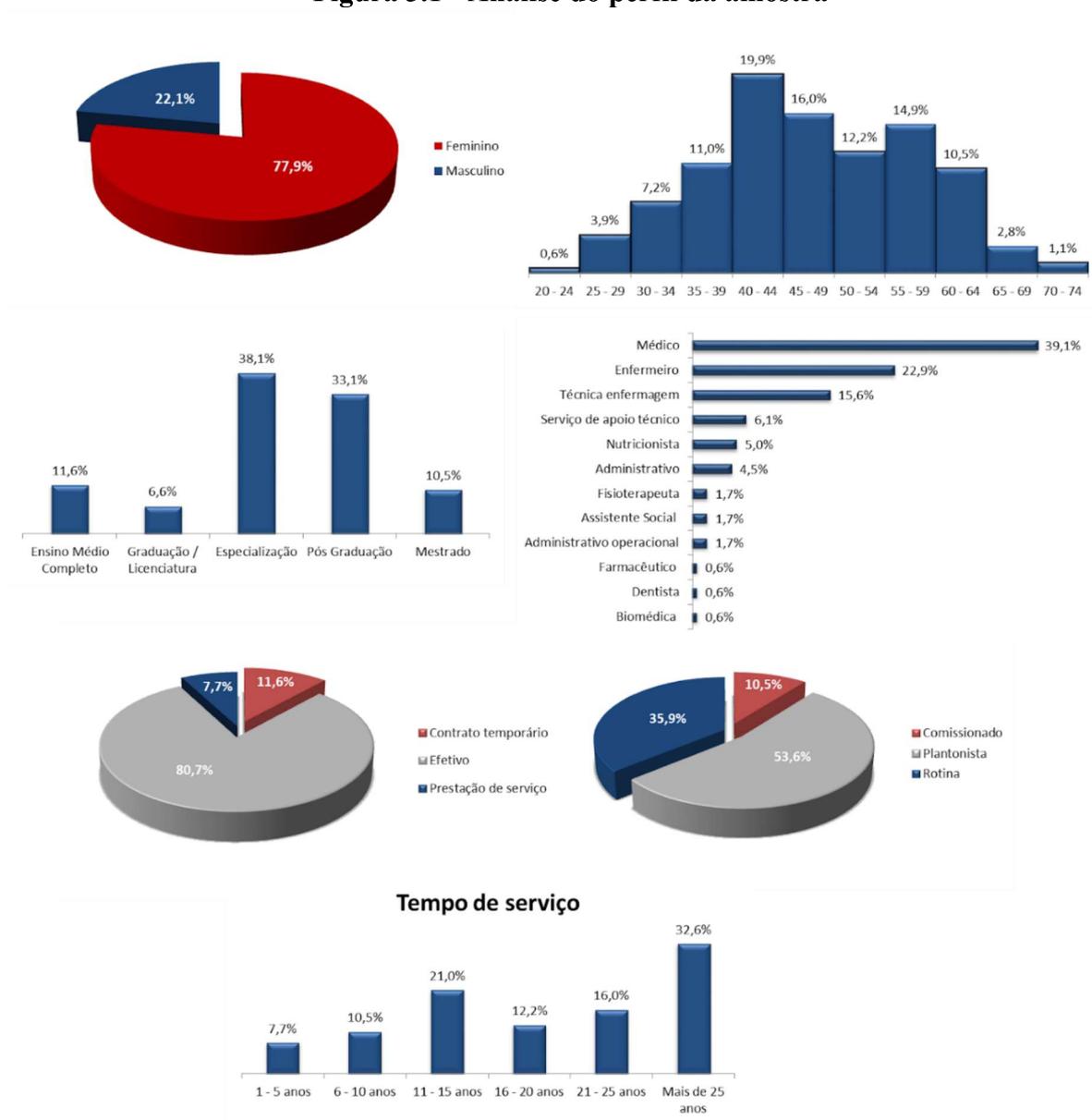
Capítulo 3 – Apresentação e Discussão de Resultados

3.1 Caracterização da Amostra

Tendo a pesquisa analisado a influência da ética, e observado a visão do assunto por vários cortes de grupos diferentes, a hipótese levantada é que alguns tipos de perfis da amostra se contrapõem ao pensamento geral, tornando a visão da ética diferente para alguns grupos.

A análise do perfil da amostra é apresentada na (Figura 3.1).

Figura 3.1 - Análise do perfil da amostra



Fonte: autoria própria

Dos 181 questionários analisados, a grande maioria da amostra (77,9%) é composta por pessoas do sexo feminino. Ainda quanto ao perfil da amostra, temos que (50%) tem entre os 40 e os 55 anos. O menor nível de instrução encontrado foi o de ensino médio completo, porém praticamente (82%) dos respondentes possuem, pelo menos, especialização. As funções mais encontradas foram as de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Aproximadamente (50%) da amostra tem mais de 20 anos de serviço. O cargo de plantonista e o contrato efetivo foram os maiores percentuais no estudo, respectivamente, (53,6%) e (80,7%). A análise do perfil da amostra é apresentada na (Figura 3.1).

Foram realizadas 45 perguntas, visando entender o ponto de vista dos inquiridos quanto a assuntos relacionados a ética no trabalho. Para melhor entendimento, as perguntas foram analisadas de maneira geral e também se obteve visões mais específicas, de acordo com o perfil do inquirido.

3.2 Apresentação de Resultados

O Estudo foi dividido em seis seções, todas sobre as práticas éticas exercidas em determinados momentos:

- I. Rotina de trabalho;
- II. Privacidade e confidencialidade do paciente;
- III. Alocação de recursos;
- IV. Gestão;
- V. Conformidade e integridade na gestão;
- VI. Hospital como um todo.

Em todos os casos, a análise foi feita realçando as situações de falta de ética nas práticas exercidas. Por perfil do respondente (sexo, faixa etária, habilitações, função, cargo, tempo de serviço e tipo de contrato) são indicadas as categorias com percentuais superiores em 2,5% aos observados globalmente.

3.2.1 Práticas éticas na rotina de trabalho

Para a primeira parte do estudo, foram realizadas sete afirmações. Em todas elas, o inquirido tinha a opção de não responder.

Como pode ser visto no (Quadro 3.1), (55,2%), dizem que os pacientes são tratados de forma justa quase sempre (14,9%) ou normalmente (40,3%). Para (35,9%) dos respondentes, os pacientes são tratados de forma justa apenas ocasionalmente (21,5%) ou quase nunca (14,4%).

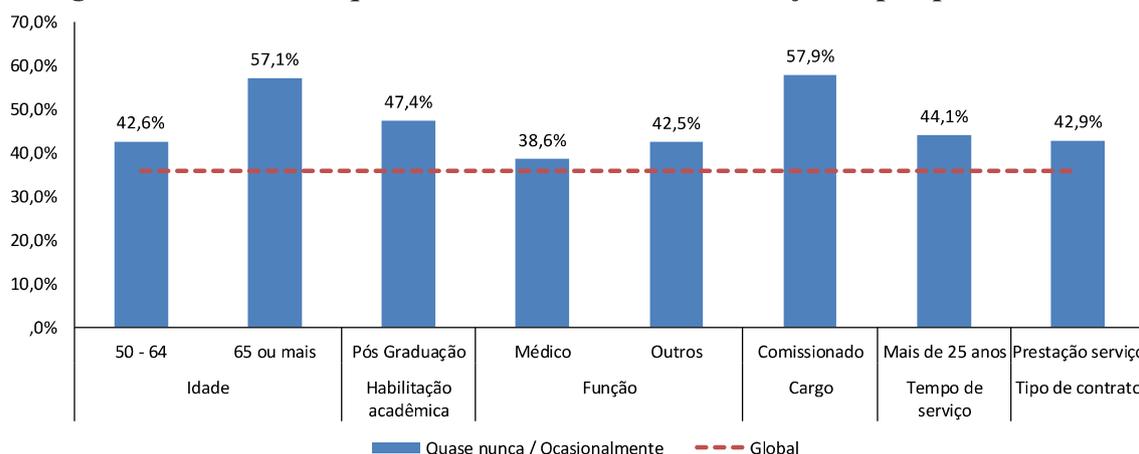
Quadro 3.1 - Justiça no tratamento dos doentes

Com que frequência os pacientes são tratados de forma justa?	N	%
Quase nunca	26	14,4
Ocasionalmente	39	21,5
Cerca de metade dos casos	8	4,4
Normalmente	73	40,3
Quase sempre	27	14,9
Prefiro não responder	8	4,4
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Ao analisar por perfil, pode-se observar que, para alguns tipos de perfil, o percentual foi superior em 2,5% aos (35,9%) com 50 ou mais anos, pós-graduação, médico ou outro, cargo comissionado (57,9%), mais de 25 anos de serviço e prestador de serviços, como exposto na (Figura 3.2).

Figura 3.2 – Baixa frequência de tratamento de forma justa, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Aproximadamente (66,3%) dos respondentes concordam que, primeiramente deve-se fazer o melhor para o paciente e não apenas seguir as ordens dos superiores. Ainda assim, o percentual de respondentes que concordam, parcialmente ou totalmente, desta afirmação é alto (30%), como visto no (Quadro 3.2).

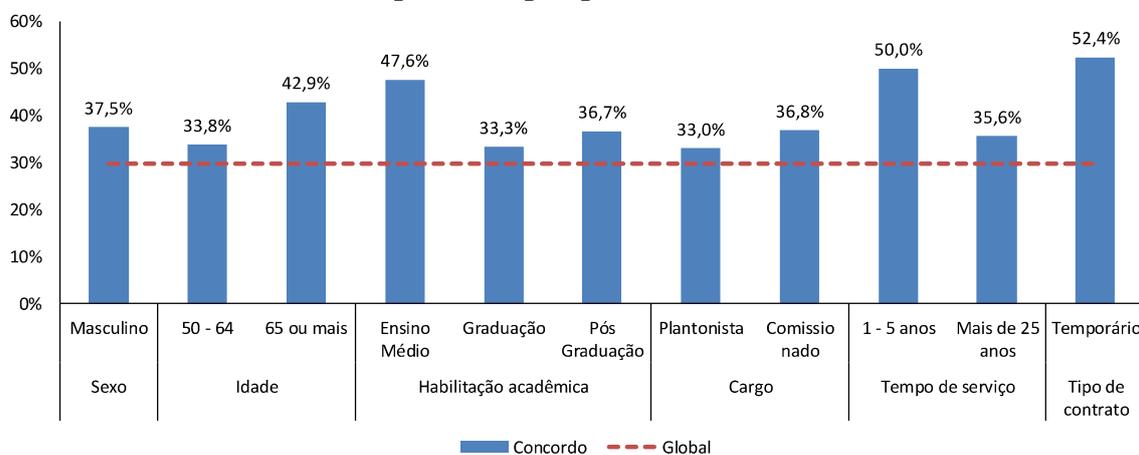
Quadro 3.2 – Sobreposição de ordens superiores ao interesse do paciente

Seguem-se, primeiramente, as ordens superiores do que do fazer o melhor para o paciente.	N	%
Discordo totalmente	57	31,5
Discordo parcialmente	63	34,8
Concordo parcialmente	38	21,0
Concordo totalmente	16	8,8
Prefiro não responder	7	3,9
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Na (Figura 3.3), tem-se os grupos de maiores percentuais de concordância (2,5% acima de 31,5%). Pessoas do sexo masculino, com idades mais avançadas, com maior nível de instrução, profissionais em regime de plantão ou comissionados, com 1 a 5 ou mais de 25 anos de serviço e com contrato temporário (52,4%) são os perfis que consideram que, seguir as ordens superiores, é o mais importante.

Figura 3.3 – Concordância com sobreposição de ordens superiores ao interesse do paciente, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Em relação à presença da ética nas decisões profissionais, dos resultados obtidos juntos dos respondentes ao inquérito, verifica-se algumas diferenças entre o resultado geral e os perfis analisados. Como apresentado no (Quadro 3.3), (13,3%) dos respondentes discordam com a afirmação total ou parcialmente.

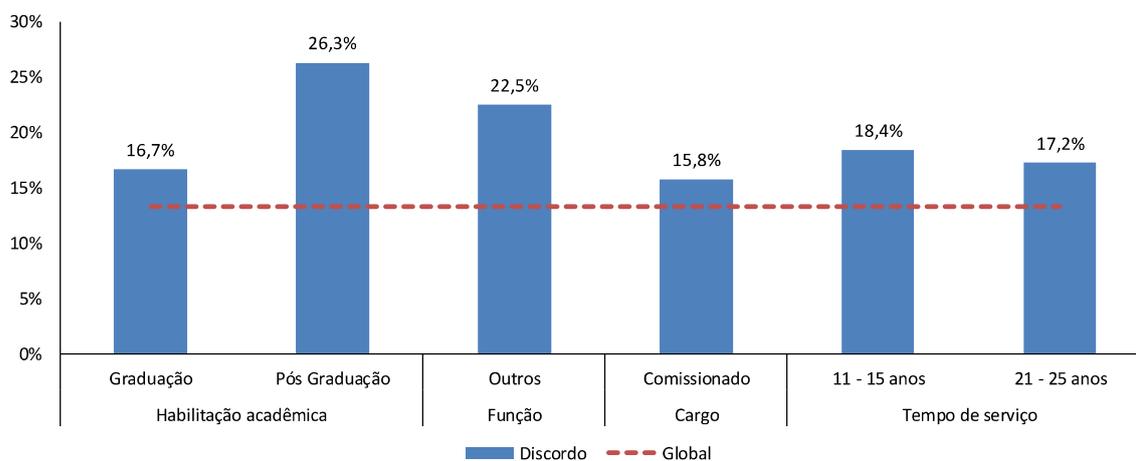
Quadro 3.3 - Presença da ética nas decisões dos profissionais

A ética está presente nas decisões dos profissionais.	N	%
Discordo totalmente	2	1,1
Discordo parcialmente	22	12,2
Concordo parcialmente	65	35,9
Concordo totalmente	89	49,2
Prefiro não responder	3	1,7
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

O percentual é maior para profissionais com pós graduação (26,3%), como visto na (Figura 3.4). Ainda assim, aproximadamente (85%) dos respondentes concordam que a ética está presente nas decisões dos profissionais.

Figura 3.4 – Discordância da presença da ética nas decisões dos profissionais, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Quanto à relutância em discutir questões éticas, (17,7%) dos profissionais respondentes, afirmam que têm uma resistência com relação ao assunto. Com isso, vemos que (78,4%) discordam total ou parcialmente, mostrando que a grande maioria está disposta a conversar sobre questões éticas (Quadro 3.4).

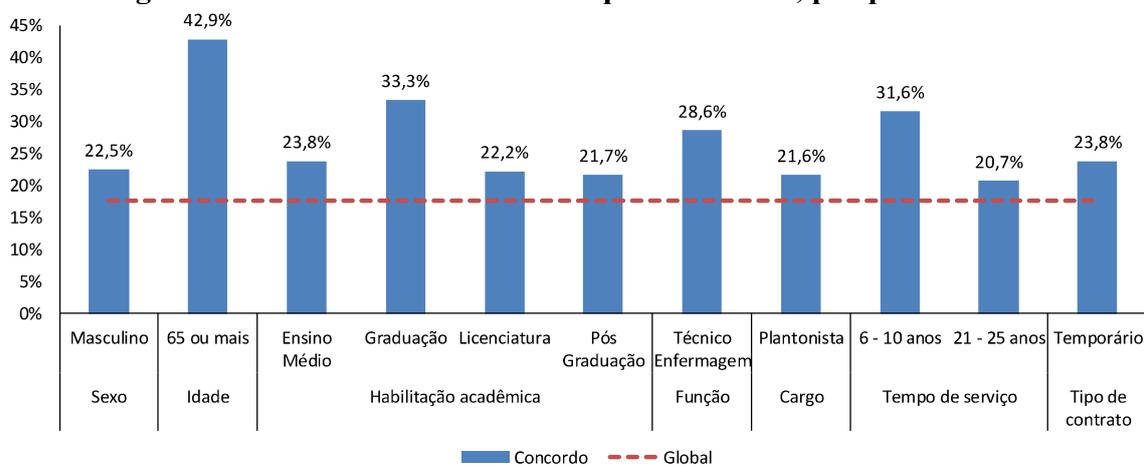
Todavia, podemos observar um percentual 2,5% acima dos que relutam em discutir questões éticas em alguns deles, principalmente profissionais com 65 ou mais anos de idade (42,9%), técnicos de enfermagem, em regime de plantão e com contrato temporário (Figura 3.5).

Quadro 3.4 – Relutância em discutir questões éticas

Reluto em discutir questões éticas.	N	%
Discordo totalmente	86	47,5
Discordo parcialmente	56	30,9
Concordo parcialmente	28	15,5
Concordo totalmente	4	2,2
Prefiro não responder	7	3,9
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.5 - Relutância em discutir questões éticas, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Ao perguntar se a gestão mantém promessas e compromissos feitos anteriormente, e se fornece tratamento igualitário para todos os profissionais, é visto que (36,5%) discordam desta afirmação total ou parcialmente, mas (60,3%), concordam parcialmente (31,5%) ou totalmente (29,3%) (Quadro 3.5).

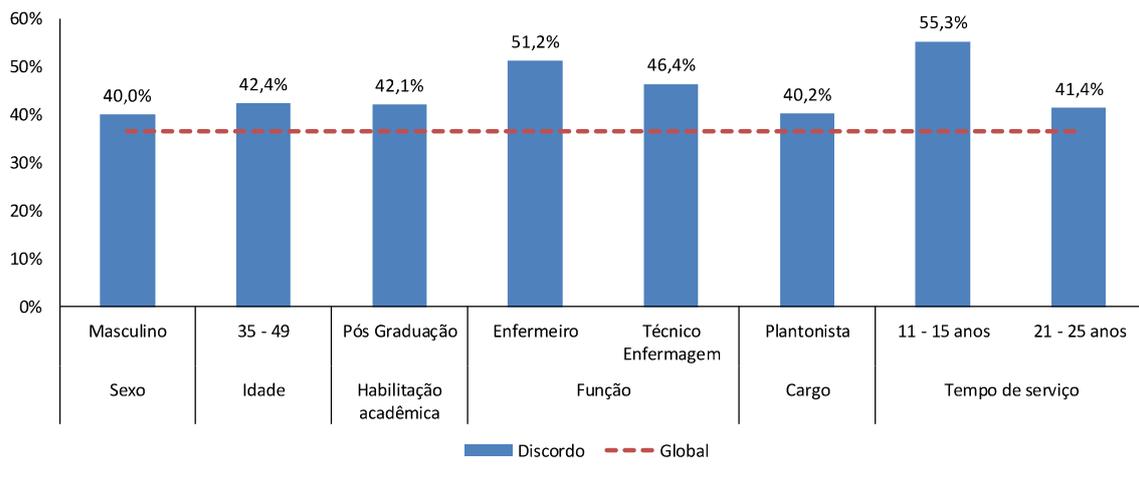
Quadro 3.5 - Tratamento igualitário e promessas para os profissionais

A gestão mantém promessas e compromissos (respeitar as decisões em equipe fornecendo tratamento igualitário para todos os profissionais).	N	%
Discordo totalmente	17	9,4
Discordo parcialmente	49	27,1
Concordo parcialmente	57	31,5
Concordo totalmente	53	29,3
Prefiro não responder	5	2,8
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Os gestores são figuras importantes para um bom desempenho ético no local de trabalho, a confiança no gestor aumenta a qualidade e o prazer no serviço prestado. Esta insatisfação é vista em maior percentual entre os enfermeiros e profissionais de 11 a 15 anos de serviços prestados, respetivamente (51,2 %) e (55,3 %) (Figura 3.6).

Figura 3.6 - Tratamento igualitário e promessas para os profissionais, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

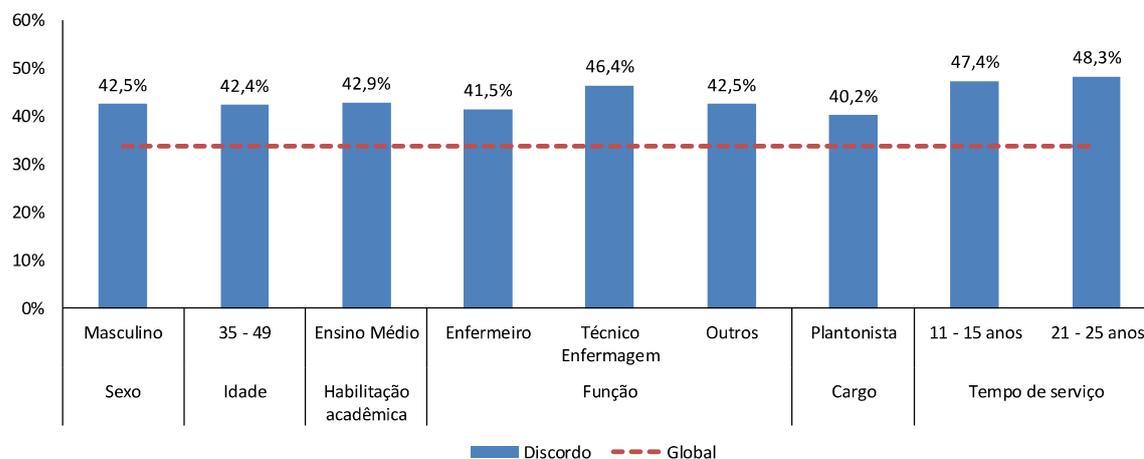
Os problemas éticos reportados pelos profissionais são tratados da maneira correta total ou parcialmente, somando (55,2%) dos respondentes, apesar de (33,7%) dos respondentes discordarem (Quadro 3.6). Quando separado por perfil, os técnicos de enfermagem e os profissionais mais antigos discordam em (46,4%) e (48,3%) dos casos respectivamente (Figura 3.7).

Quadro 3.6 - Seguimento em problemas éticos reportados pelos profissionais

É dado seguimento a problemas éticos reportados pelos profissionais.	N	%
Discordo totalmente	11	6,1
Discordo parcialmente	50	27,6
Concordo parcialmente	71	39,2
Concordo totalmente	29	16,0
Prefiro não responder	20	11,0
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.7 - Seguimento em problemas éticos reportados pelos profissionais, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Percebe-se uma divisão na amostra com relação à familiaridade com o serviço de ética no hospital, mostrando, novamente, que a ética ainda não é um assunto facilmente abordado no ambiente de trabalho. Apesar de obter uma amostra bem pareada com relação a este assunto, há alguns perfis que fogem do parâmetro. Por exemplo, observa-se um percentual de nada familiarizado de quase (24,9%), configurando no total de não familiaridade (41,5%) e familiaridade (47,5%) (Quadro 3.7).

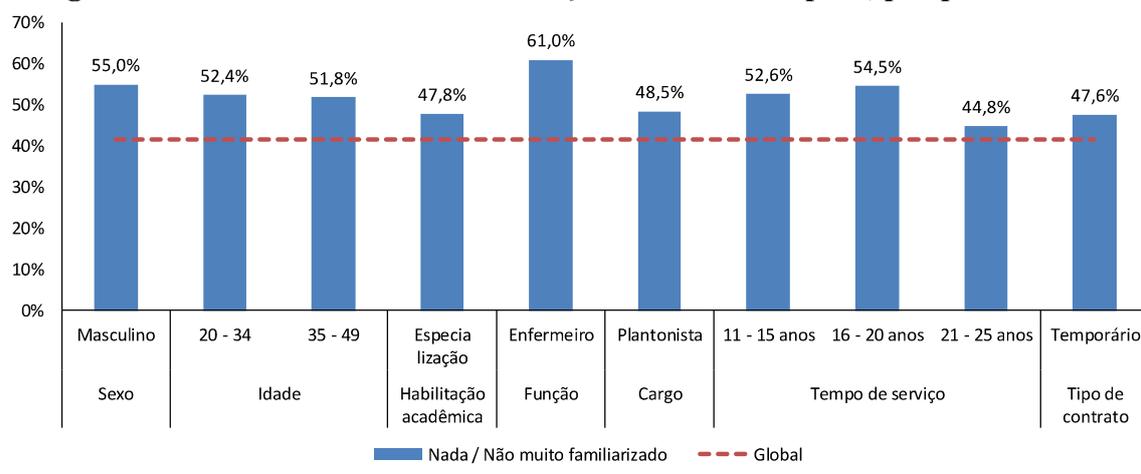
Quadro 3.7 - Familiaridade com o serviço de ética do hospital

Está familiarizado com o serviço de ética do Hospital?	N	%
Nada familiarizado	45	24,9
Não muito familiarizado	30	16,6
Moderadamente familiarizado	52	28,7
Muito familiarizado	34	18,8
Não sabe / Prefere não responder	20	11,0
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Os que estão menos familiarizados (não muito ou nada), observa-se um percentual (41,5%). Quanto aos perfis são, sobretudo, profissionais do sexo masculino (55%), enfermeiros (61%) e com contrato temporário (47,6%), são os que estão menos familiarizados como visto na (Figura 3.8).

Figura 3.8 - Familiaridade com o serviço de ética do hospital, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

3.2.2 Práticas éticas na privacidade e confidencialidade do paciente

O acesso às informações privadas referentes ao paciente é discutido com os profissionais, estando o mesmo envolvido ou não no cuidado com o paciente seja normalmente (20,4%) ou quase sempre (10,5%) (Quadro 3.8).

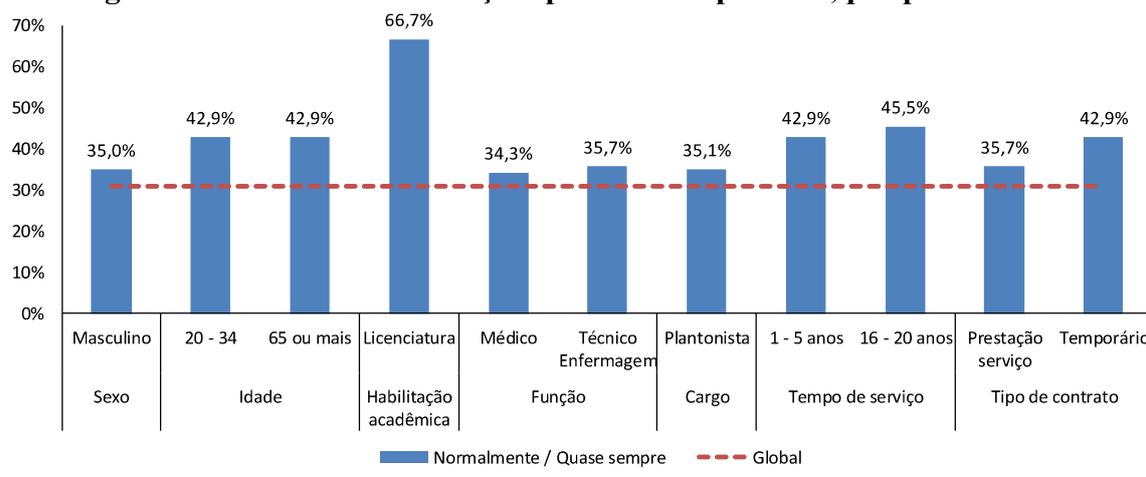
Quadro 3.8 - Acesso a informações privadas do paciente

As informações privadas referentes ao paciente são discutidas com todos os profissionais independentemente do seu envolvimento com o cuidado desse paciente.	N	%
Quase nunca	36	19,9
Ocasionalmente	75	41,4
Cerca de metade dos casos	8	4,4
Normalmente	37	20,4
Quase sempre	19	10,5
Prefiro não responder	6	3,3
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Nessas mesmas faixas de frequência, tais informações são divulgadas normalmente ou quase sempre perfazendo (30,9%). Em termos de perfil, destaque para os (66,7%) dos profissionais com licenciatura, como exposto na (Figura 3.9).

Figura 3.9 - Acesso a informações privadas do paciente, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

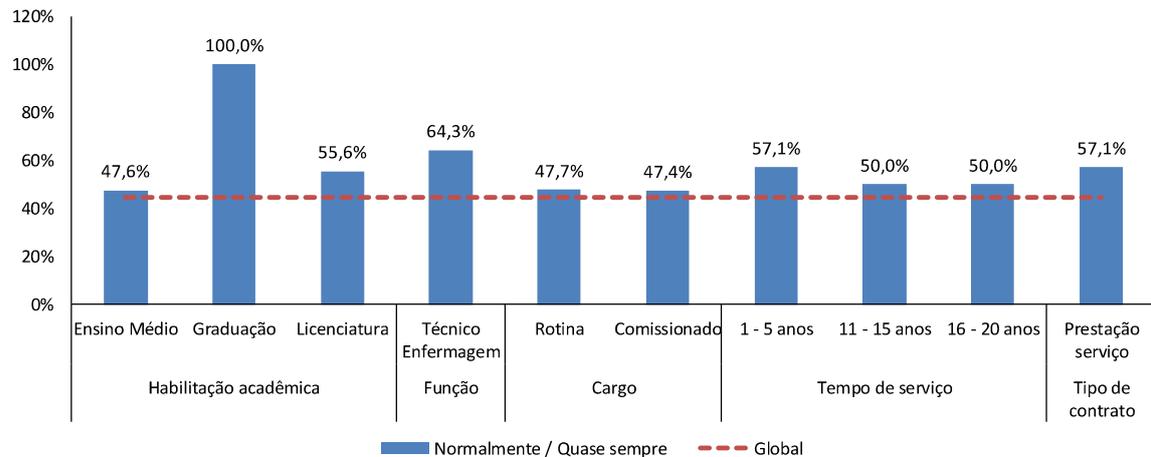
Documentos sigilosos dos pacientes ficam em locais não reservados, com certa facilidade, ficando exposto para familiares e até profissionais que não estão envolvidos no caso específico, normalmente ou quase sempre, aproximadamente (45%) dos respondentes, destaca-se o percentual de quase nunca (30,9 %), (Quadro 3.9). O percentual piora entre profissionais com graduação (100%), técnicos de enfermagem (64,3%), como visto na (Figura 3.10).

Quadro 3.9 - Acesso a documentação do paciente

A documentação com informação identificável dos pacientes permanece em local de acesso fácil aos mesmos, familiares ou a profissionais não envolvidos com o tratamento.	N	%
Quase nunca	56	30,9
Ocasionalmente	34	18,8
Cerca de metade dos casos	5	2,8
Normalmente	63	34,8
Quase sempre	18	9,9
Prefiro não responder	5	2,8
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.10 - Acesso a documentação do paciente, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Pouco mais da metade da amostra afirma que quase nunca as telas dos computadores permanecem abertas com o registo do paciente a mostra. Outro fator importante é a não resposta de, praticamente (10%) da amostra (Quadro 3.10).

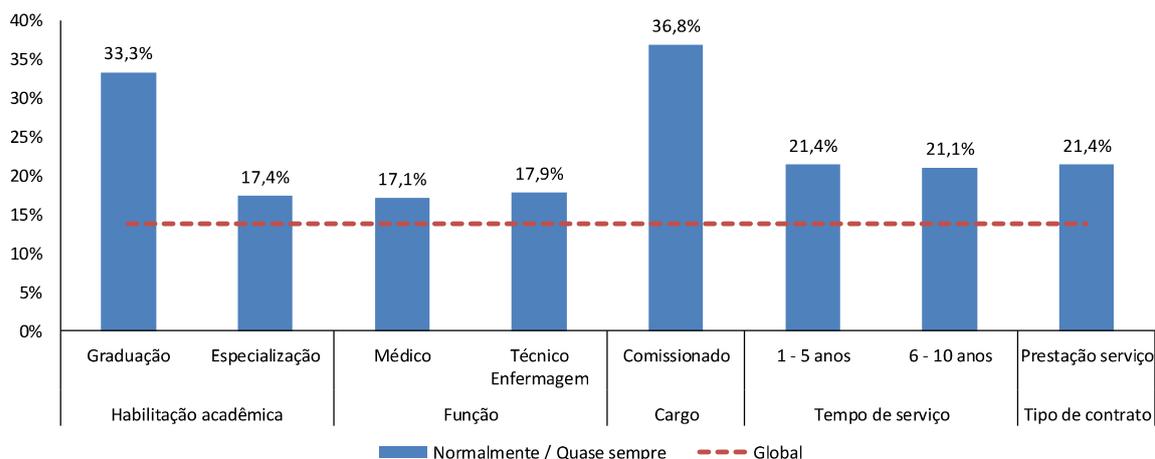
Quadro 3.10 - Acesso a registo dos pacientes

As telas dos computadores permanecem com os registos visíveis dos pacientes.	N	%
Quase nunca	100	55,2
Ocasionalmente	37	20,4
Cerca de metade dos casos	1	0,6
Normalmente	18	9,9
Quase sempre	7	3,9
Prefiro não responder	18	9,9
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Tem-se, ainda, (36,8%) dos profissionais com cargo comissionado e (33,3%) dos graduados afirmando que é comum os registos ficarem visíveis na tela (Figura 3.11).

Figura 3.11 - Acesso a registo dos pacientes, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

É raro haver qualquer tipo de informativo com relação à privacidade e confidencialidade dos assuntos médicos (74,6%). O fato da entidade não se responsabilizar em passar aos seus funcionários como funcionam as práticas éticas que devem ser utilizadas no ambiente é extremamente prejudicial tanto ao profissional, que pode estar compactuando, mesmo sem ter o conhecimento, com a má política, como para o paciente que pode estar ficando exposto a violações de todos os tipos (Quadro 3.11).

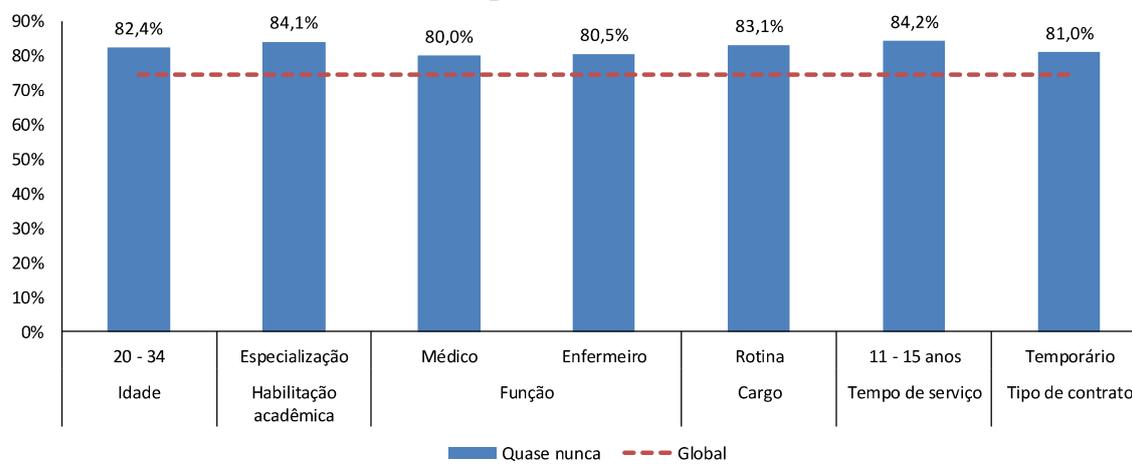
Quadro 3.11 - Existência de informativos sobre privacidade e confidencialidade

Há palestras, cursos ou <i>banners</i> relativos a privacidade e confidencialidade.	N	%
Quase nunca	135	74,6
Ocasionalmente	27	14,9
Cerca de metade dos casos	2	1,1
Normalmente	4	2,2
Quase sempre	4	2,2
Prefiro não responder	9	5,0
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Na análise por perfil, pode-se observar na (Figura 3.12), dentre os profissionais mais jovens (20-34 anos idade), com especialização/habilitação, médicos, enfermeiros, com 11-15 anos de serviço, ou com contrato temporário, mais de (80%) referem que é raro haver qualquer tipo de informativo com relação à privacidade e confidencialidade.

Figura 3.12 - Existência de informativos sobre privacidade e confidencialidade, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

3.2.3 Práticas éticas em alocação de recursos

Nesta parte do estudo, onde se avaliou as práticas éticas com relação à alocação de recursos, pode-se observar um percentual elevado de preferência por não resposta na maioria das perguntas da seção. A existência de uma missão no estabelecimento de estratégias ou políticas assistenciais deve ser passada aos profissionais para que assim, os mesmos possam ser envolvidos no processo de alocação de recursos. O grau de conhecimento dos objetivos do estabelecimento como um todo, deve ser ampliado e com uma imersão profunda nas investigações empíricas da matéria em questão.

Para (28,7%) dos respondentes, o controle de custos impacta quase sempre no atendimento de qualidade. Os profissionais da área passam por cortes de verba e retenção de custos há tempos e, por muitas vezes, isto acarreta em falta de material, falta de leitos e até cancelamento de cirurgias (Quadro 3.12).

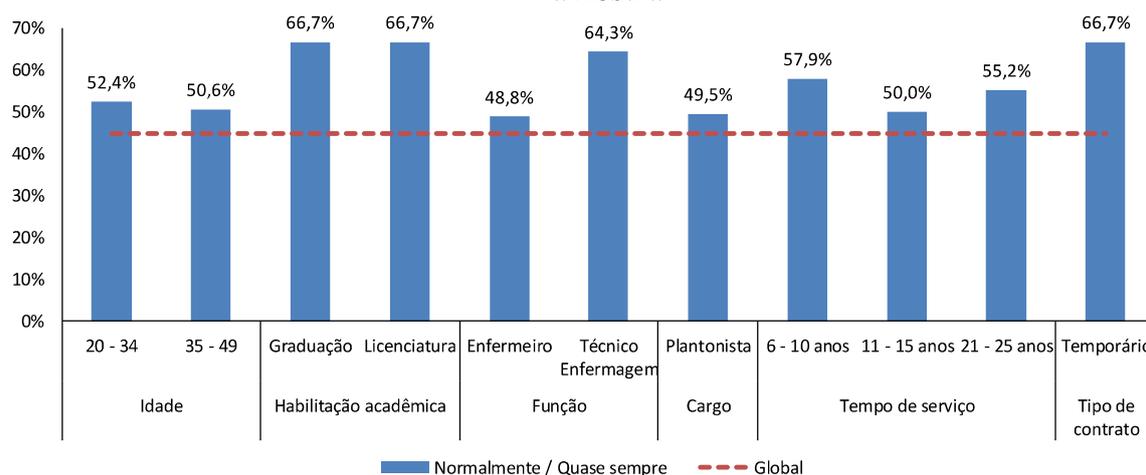
Quadro 3.12 - Impacto do controle de custos no atendimento de qualidade

Com que frequência o controle de custos prejudica o atendimento de qualidade ao paciente.	N	%
Quase nunca	20	11,0
Ocasionalmente	61	33,7
Cerca de metade dos casos	12	6,6
Normalmente	29	16,0
Quase sempre	52	28,7
Prefiro não responder	7	3,9
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

A percepção que isso ocorre normalmente ou quase sempre apresenta percentuais maiores entre profissionais graduados e com licenciatura, técnicos de enfermagem em (64,3%) e aqueles de contrato temporário (66,7%) (Figura 3.13).

Figura 3.13 - Impacto do controle de custos no atendimento de qualidade, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Um percentual extremamente alto de respondentes que afirmaram não receber comunicado por parte de seus gestores, conforme (Quadro 3.13), quase nunca (58%) ou ocasionalmente (19,9%).

Quadro 3.13 - Existência de informação de alocação de recursos pela gerência

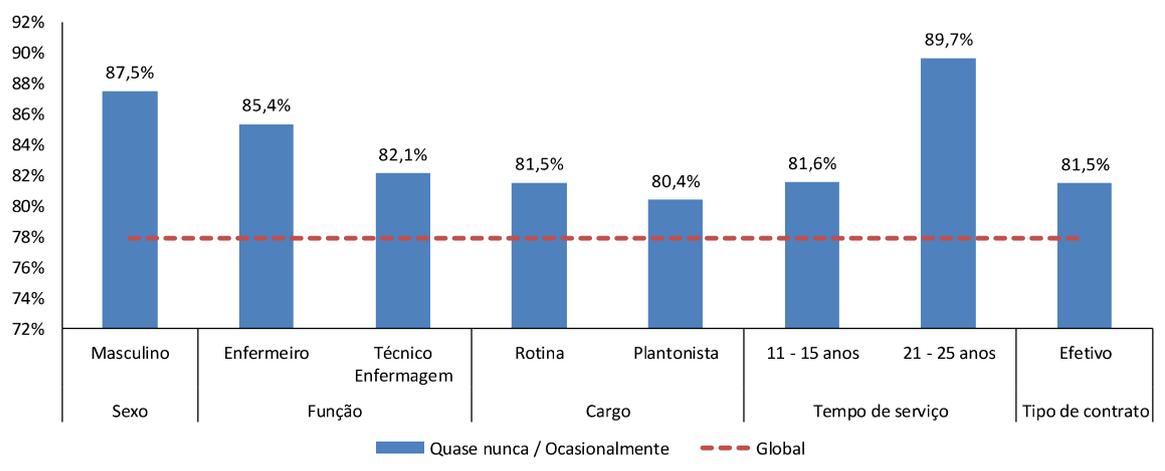
Com que frequência a gestão comunica as razões da alocação dos recursos?	N	%
Quase nunca	105	58,0
Ocasionalmente	36	19,9
Cerca de metade dos casos	2	1,1
Normalmente	16	8,8
Quase sempre	11	6,1
Prefiro não responder	11	6,1
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Olhando por perfil, é de destacar a percentagem de homens (87,5%) que refere quase nunca ou ocasionalmente receberam informações da gerência acerca de como alocar recursos,

o que se verifica igualmente em (85,7%) dos enfermeiros e em (89,7%) dos profissionais com idades entre os 21 e 25 anos (Figura.3.14).

Figura 3.14 - Frequência de informação de alocação de recursos pela gerência, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Quando perguntado com que frequência às decisões para alocação dos recursos é realizada com algum tipo de vantagem financeira, se por um lado (18,2%) dos profissionais afirmaram que isto quase nunca ocorre, o mesmo percentual de respondentes, (18,2%), refere quase sempre (Quadro 3.14).

Quadro 3.14 - Existência de alocação dos recursos por vantagens financeiras

Com que frequência as decisões para alocação dos recursos são de acordo com a vantagem financeira e não de acordo com a ética? (Refere-se à redução do custo e não no recurso correto a ser utilizado.)	N	%
Quase nunca	33	18,2
Ocasionalmente	27	14,9
Cerca de metade dos casos	5	2,8
Normalmente	29	16,0
Quase sempre	33	18,2
Prefiro não responder	54	29,8
Total	181	100,0

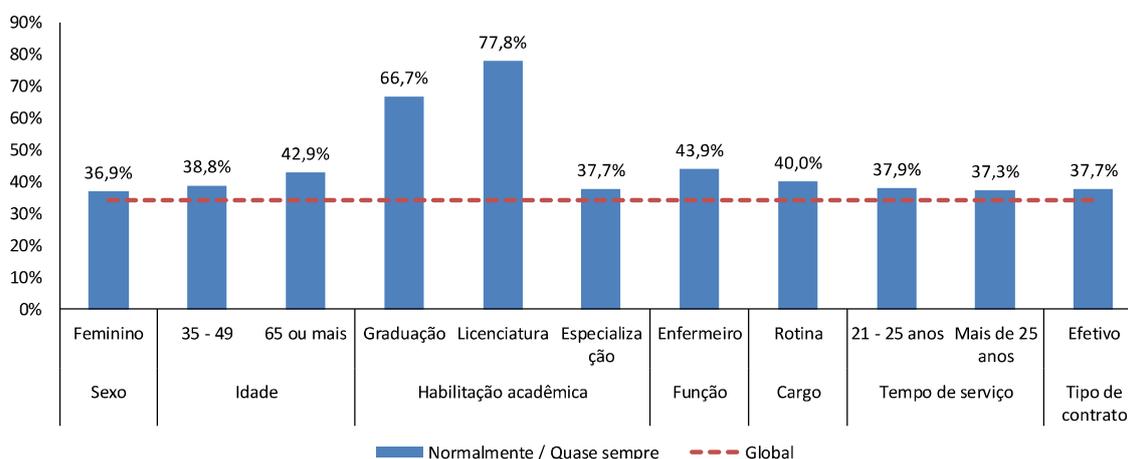
Fonte: autoria própria.

Destaque, ainda, vai para o quase (30%) que decidiram por não responder a esta questão, uma percentagem bastante significativa, quando comparada com as restantes categorias.

Em termos de análise por perfil, destaque para os profissionais com graduação (66,7%) e para os com licenciatura, com percentual de (77,8%), que afirmaram às decisões para alocação

dos recursos é realizada normalmente ou quase sempre com algum tipo de vantagem financeira (Figura 3.15).

Figura 3.15 - Frequência de alocação dos recursos por vantagens financeiras, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

A alocação de recursos entre programas e serviços divide os profissionais. Observa-se que (24,2%) dos respondentes disseram não saber ou não estar à vontade para responder sobre esta alocação, já (29,3) disseram não achar muito justa a alocação. No entanto, (40,1%) consideram moderadamente justa a alocação de recursos (Quadro 3.15).

Quadro 3.15 – Justiça na alocação de recursos entre programas e serviços

Você considera justa a alocação de recursos entre programas e serviços?	N	%
Nada justa	0	0,0
Não muito justa	46	29,3
Moderadamente justa	63	40,1
Muito justa	10	6,4
Não sabe / Prefere não responder	38	24,2
Total	157	100,0

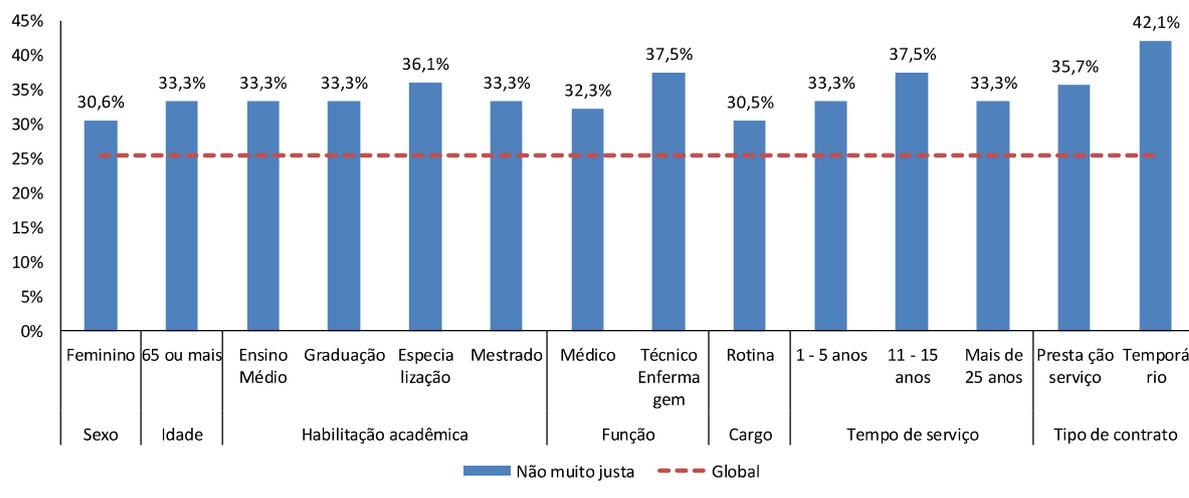
Fonte: autoria própria.

Como exposto na (Figura 3.16), os profissionais com contrato temporário, que perfazem um total em valor percentual de (42,1%), são os que mais consideram que a alocação não é justa.

Destaque ainda para os detentores de especialização, técnicos de enfermagem e para os colaboradores com idades entre os 11 e os 15 anos, técnico de enfermagem de (37,5%), e

contrato temporário (42,1%), referem a alocação de recursos entre programas e serviços não é muito justa (Figura.3.16).

Figura 3.16 – Justiça na alocação de recursos entre programas e serviços, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

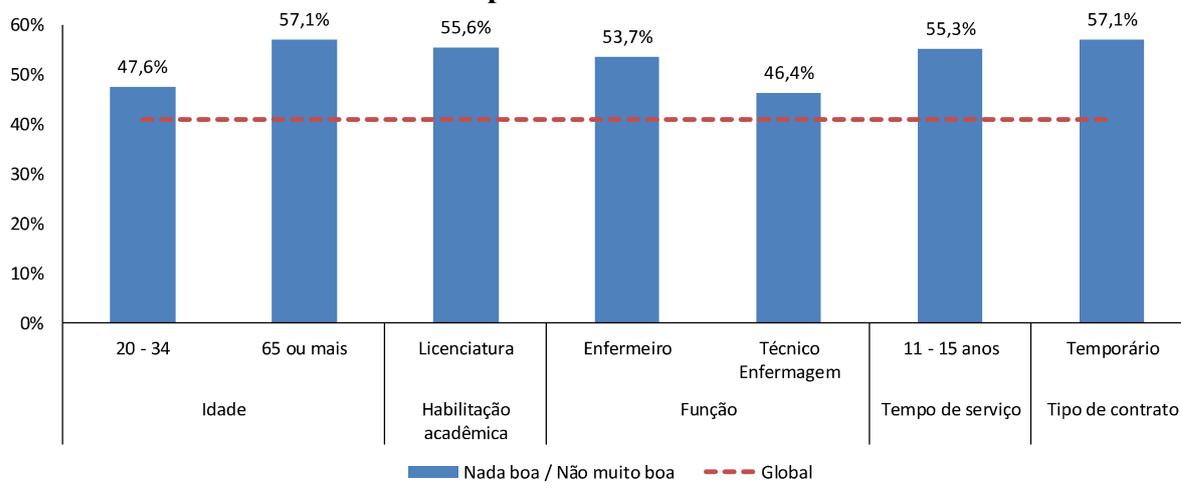
O nível de consistência entre alocação de recursos, missão e valores do hospital, parece dividir opiniões, e ainda uma parte refere por não ter conhecimento sobre o assunto e outra parte considerável por não concordar em como é feita a mesma (Quadro 3.16).

Quadro 3.16 - Nível da consistência entre alocação de recursos, missão e valores do hospital

Você considera a consistência entre a alocação de recursos e a missão e valores do Hospital.	N	%
Nada boa	20	11,0
Não muito boa	54	29,8
Moderadamente boa	56	30,9
Muito boa	13	7,2
Não sabe / Prefere não responder	38	21,0
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.17 – Consistência entre alocação de recursos, missão e valores do hospital, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

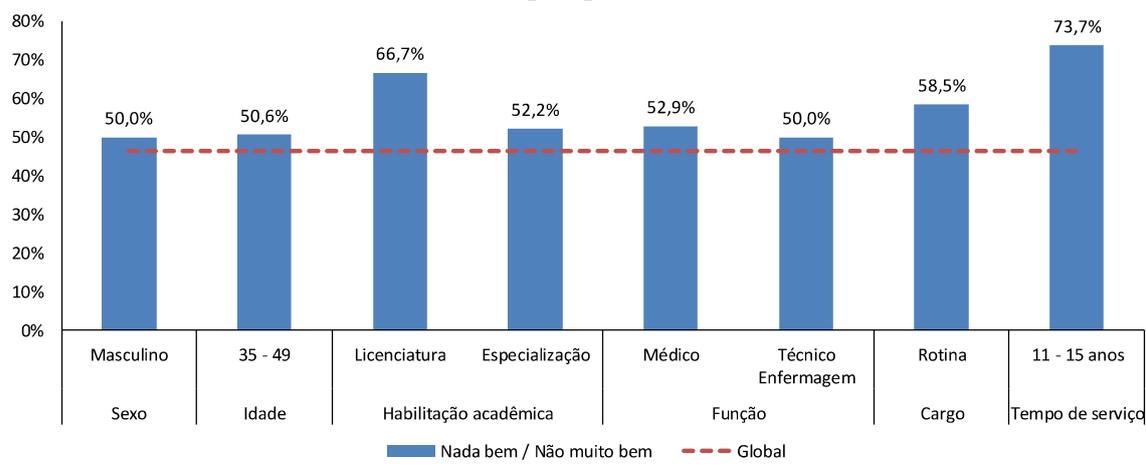
A consistência na alocação não é vista de maneira positiva para a maioria dos profissionais, nada bem (13,8 %) e não muito bem (32,6 %), perfazendo (46,4 %). O entendimento dos processos é um ponto importante para a tomada de decisões de maneira consciente e justa. (Quadro 3.17).

Quadro 3.17 - Entendimento dos processos de tomada de decisão para alocação dos recursos

Você entende os processos de tomada de decisão para alocar recursos?	N	%
Nada bem	25	13,8
Não muito bem	59	32,6
Moderadamente bem	49	27,1
Muito bem	12	6,6
Não sabe / Prefere não responder	36	19,9
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.18 – Entendimento dos processos de tomada de decisão para alocação dos recursos, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

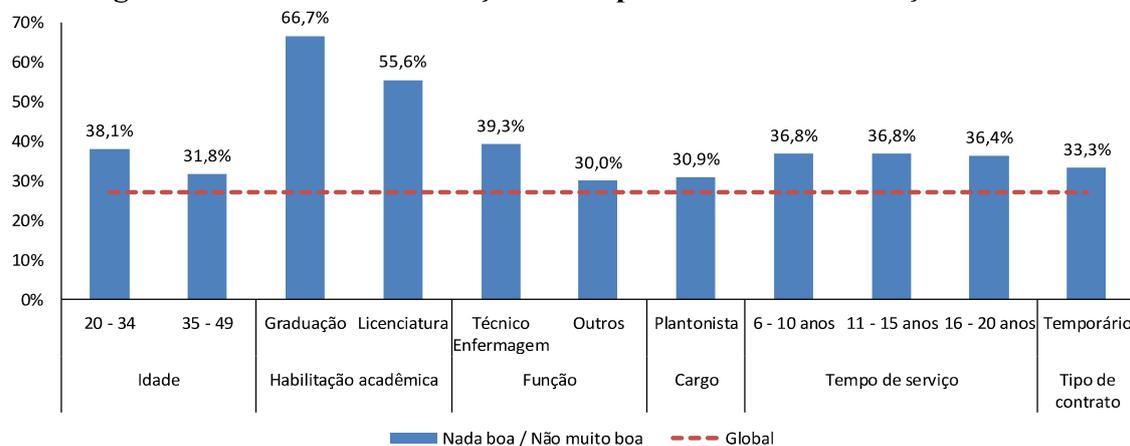
O treinamento do profissional é de extrema importância para a melhoria dos indicadores de alocação de recursos, refletindo que (42%) dos respondentes consideraram ter formação moderadamente boa nos aspectos éticos para alocação de recursos (Quadro 3.18).

Quadro 3.18 – Nível de formação nos aspectos éticos de alocação dos recursos

Como você considera sua formação nos aspectos éticos relacionados à alocação de recursos?	N	%
Nada boa	17	9,4
Não muito boa	32	17,7
Moderadamente boa	76	42,0
Muito boa	34	18,8
Não sabe / Prefere não responder	22	12,2
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.19 – Nível de formação nos aspectos éticos de alocação dos recursos



Fonte: autoria própria.

3.2.4 Práticas éticas na gestão

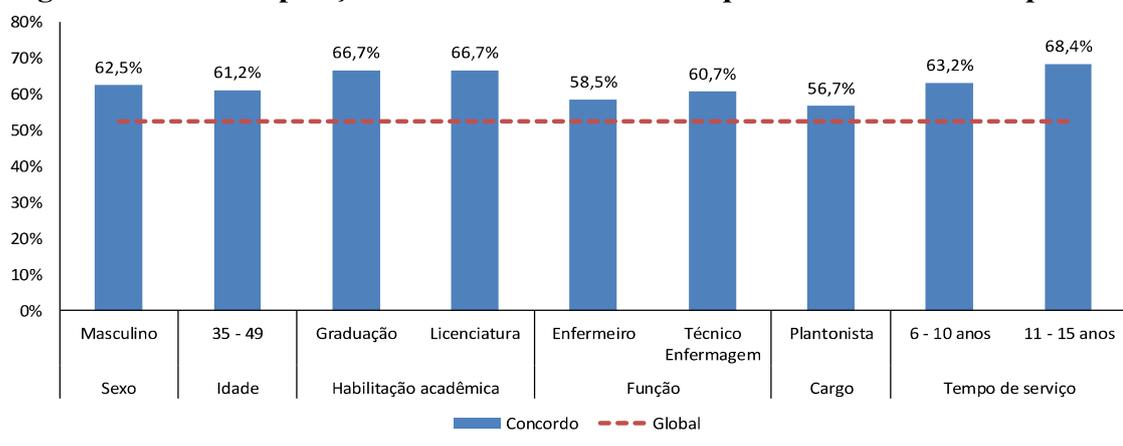
Esta seção visa mostrar como estão as práticas éticas no entendimento dos profissionais respondentes. A preocupação com os indicadores de desempenho é um fator existente para qualquer gestor, porém, não se pode ultrapassar os limites éticos em prol do indicador. Para pouco mais de (50%) da amostra, a preocupação dos gestores com o indicador se torna “mais importante” do que fazer o certo para o paciente (Quadro 3.19).

Quadro 3.19 – Sobreposição de indicadores de desempenho ao interesse do paciente

Os gestores preocupam-se mais com os indicadores de desempenho do Hospital do que fazer o certo para o paciente.		
	N	%
Discordo totalmente	19	10,5
Discordo parcialmente	52	28,7
Concordo parcialmente	57	31,5
Concordo totalmente	38	21,0
Prefiro não responder	15	8,3
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.20 – Sobreposição de indicadores de desempenho ao interesse do paciente



Fonte: autoria própria.

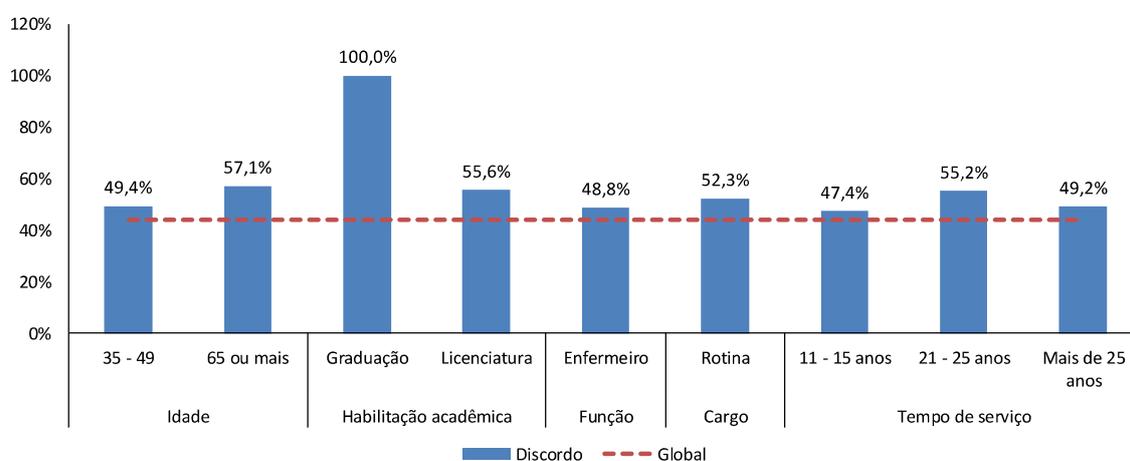
A preocupação com o comportamento ético é primordial para uma boa gestão. A ética deve ser inserida de maneira natural no ambiente de trabalho, facilitando a comunicação, o atendimento e a qualidade do serviço, além de não ferir a integridade e a confiabilidade dada ao próximo. A não existência de preocupação com o comportamento ético, por parte do gestor, é um ponto importante a ser trabalhado. Para (44,2%) dos profissionais, os gestores não se preocupam com a problemática (Quadro 3.20).

Quadro 3.20 - Existência de preocupação com o comportamento ético

Os gestores preocupam-se mais com o comportamento ético mesmo quando pressionados.	N	%
Discordo totalmente	10	5,5
Discordo parcialmente	70	38,7
Concordo parcialmente	65	35,9
Concordo totalmente	14	7,7
Prefiro não responder	22	12,2
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.21 – Visão dos profissionais quanto à preocupação dos gestores sobre questões éticas



Fonte: autoria própria.

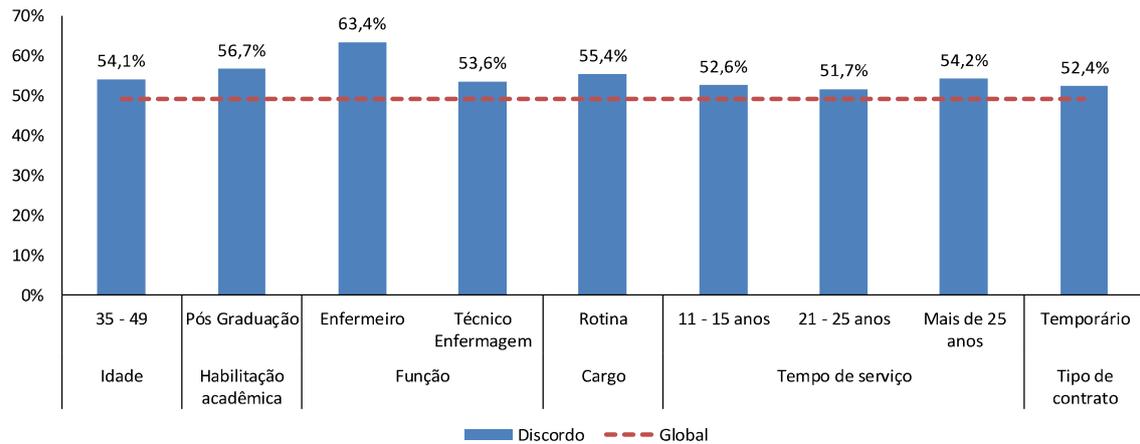
O respeito aos padrões éticos no momento de contratação e promoção não é bem abordado para (49,2%) da amostra e onde apenas cerca de (8%) dos respondentes estão totalmente de acordo que as decisões de contratação e promoção respeitam padrões éticos (Quadro 3.21). É ainda de referir a percentagens de respondentes que optaram por não responder a esta questão (23,2%). Quando tido em conta os perfis, destaca-se que, no grupo relativo aos enfermeiros este percentual sobe para (63,4%) (Figura 3.22).

Quadro 3.21 - Respeito aos padrões éticos

As decisões de contratação e promoção respeitam padrões éticos.	N	%
Discordo totalmente	25	13,8
Discordo parcialmente	64	35,4
Concordo parcialmente	36	19,9
Concordo totalmente	14	7,7
Prefiro não responder	42	23,2
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.22 - Respeito aos padrões éticos, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

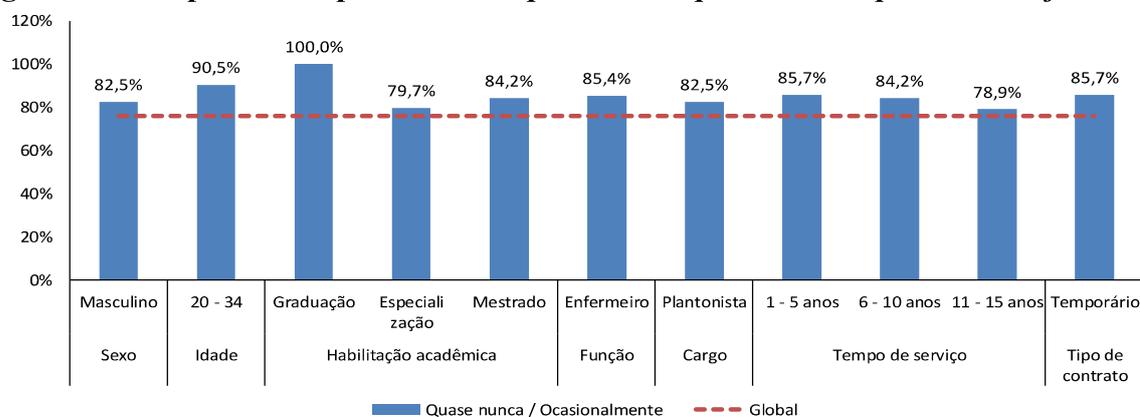
O *feedback* positivo ou negativo quanto à postura ética é de extrema importância para a melhora e o bom funcionamento das áreas. O *feedback* positivo, além de mostrar o conhecimento do gestor sobre o assunto, mostra a importância que o mesmo impõe sobre o assunto. Esse *feedback* é pouco praticado segundo os profissionais respondentes. Para (45,3%) dos respondentes, este retorno não acontece quase nunca (Quadro 3.22).

Quadro 3.22 - Existência de *feedback* positivo a posturas éticas

Com que frequência os gestores dão <i>feedback</i> positivo a posturas éticas?	N	%
Quase nunca	82	45,3
Ocasionalmente	55	30,4
Cerca de metade dos casos	11	6,1
Normalmente	15	8,3
Quase sempre	6	3,3
Prefiro não responder	12	6,6
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.23 – Opinião dos profissionais quanto à frequência com que recebem *feedback*



Fonte: autoria própria.

Dos respondentes, (41,4%) concorda (totalmente ou parcialmente) que os gestores não toleram retaliações ao ser relatada uma potencial violação ética, já cerca de (26%) refere o contrário (Quadro 3.23).

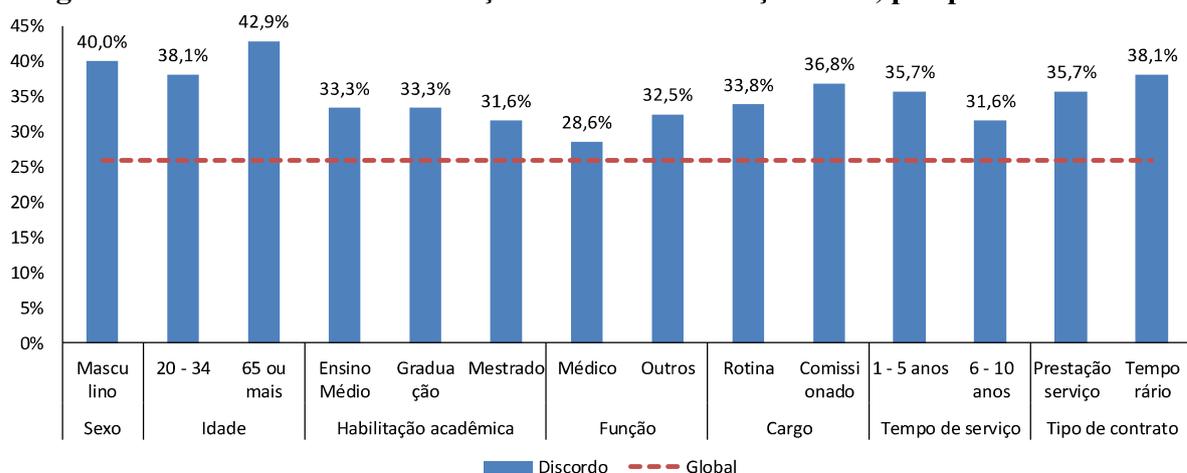
Em termos de perfil, destaque para os profissionais com 65 anos ou mais de idade e para os indivíduos do sexo masculino em que cerca de (40%) discordam que os gestores não toleram retaliações ao ser relatada uma potencial violação ética (Figura 3.24).

Quadro 3.23 - Tolerância a retaliações ao relatar violação ética

Os gestores não toleram retaliações ao relatar uma potencial violação ética.	N	%
Discordo totalmente	7	3,9
Discordo parcialmente	40	22,1
Concordo parcialmente	61	33,7
Concordo totalmente	14	7,7
Prefiro não responder	59	32,6
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.24 - Tolerância a retaliações ao relatar violação ética, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Cerca de (30%) dos respondentes preferiram não responder quando foi perguntado sobre a frequência em que os gestores impedem a admissão de profissionais com posturas éticas questionáveis. Aproximadamente (40%) da amostra afirmou quase nunca ou ocasionalmente haver impedimento por parte dos gestores quanto à admissão de profissionais com atitudes éticas questionáveis (Quadro 3.24).

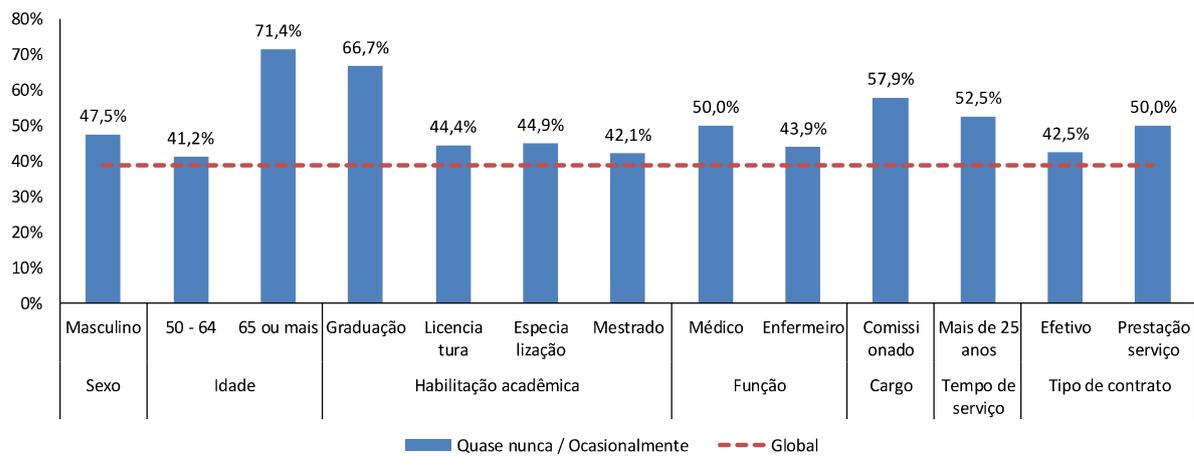
Quadro 3.24 - Frequência de impedimento de admissão de profissionais com éticas questionáveis

Com que frequência os gestores impedem a admissão de profissionais com posturas éticas questionáveis?	N	%
Quase nunca	32	17,7
Ocasionalmente	38	21,0
Cerca de metade dos casos	6	3,3
Normalmente	37	20,4
Quase sempre	13	7,2
Prefiro não responder	55	30,4
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Ter um profissional sem pensamentos éticos corretos pode ser uma porta de entrada para que toda a equipe siga o exemplo ou até que não se importe em trabalhar em um grupo sem postura ética. Dentre os profissionais de 65 anos ou mais o percentual aumenta, (71,4%) admitem já terem praticado alguma postura eticamente dúbia (Figura 3.25).

Figura 3.25 - Frequência de impedimento de admissão de profissionais com éticas questionáveis, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Apenas (38,1%) da amostra afirmaram que seus gestores comunicam que a ética é uma prioridade de maneira moderadamente bem (18,8%) ou muito bem (19,3%), como exposto na (Quadro 3.25).

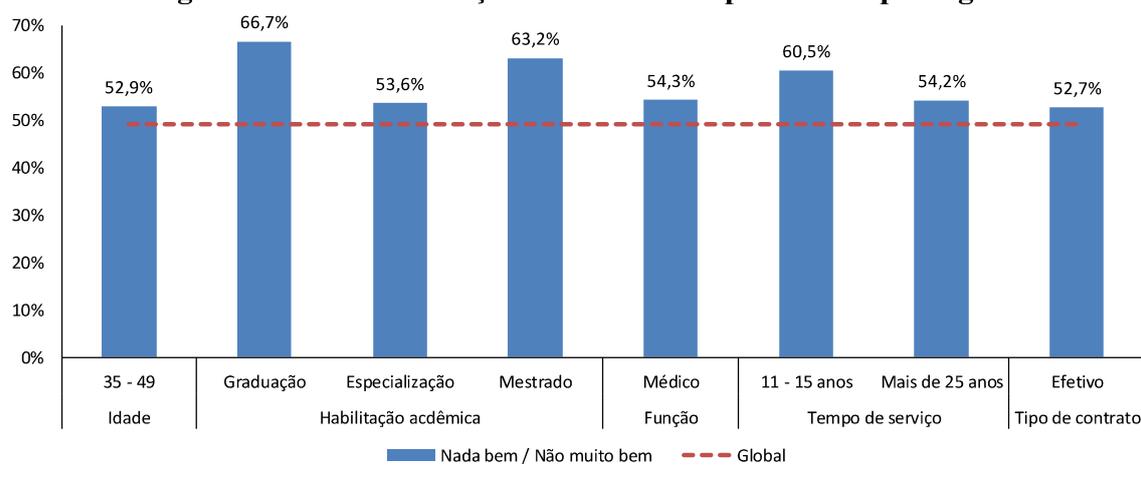
Quadro 3.25 - Existência de comunicação da ética como prioridade

Os gestores comunicam que a ética é uma prioridade.	N	%
Nada bem	30	16,6
Não muito bem	59	32,6
Moderadamente bem	34	18,8
Muito bem	35	19,3
Não sabe / Prefere não responder	23	12,7
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Quando analisado em termos de perfil, destaque para os respondentes com graduação, mestrado e para os profissionais com 11 – 15 anos de serviço, onde, em cada caso, mais de (60%), referem que os gestores não comunicam nada bem/muito bem, que a ética é algo prioritário (Figura 3.26).

Figura 3.26 - Comunicação da ética como prioridade pelos gestores



Fonte: autoria própria.

A ética é vital para estrutura da organização e envolve vários setores. Os princípios éticos das organizações devem se guiar pela expectativa do paciente e respeitar o direito deste, caso contrário a instituição começa a obter vieses. Marcar os valores da organização e padronizar as condutas, colocando a ética como “marca registrada” do hospital.

Para aproximadamente (47%) dos profissionais, os gestores consideram as opiniões da equipe quando tomam decisões com implicações éticas (Quadro 3.26).

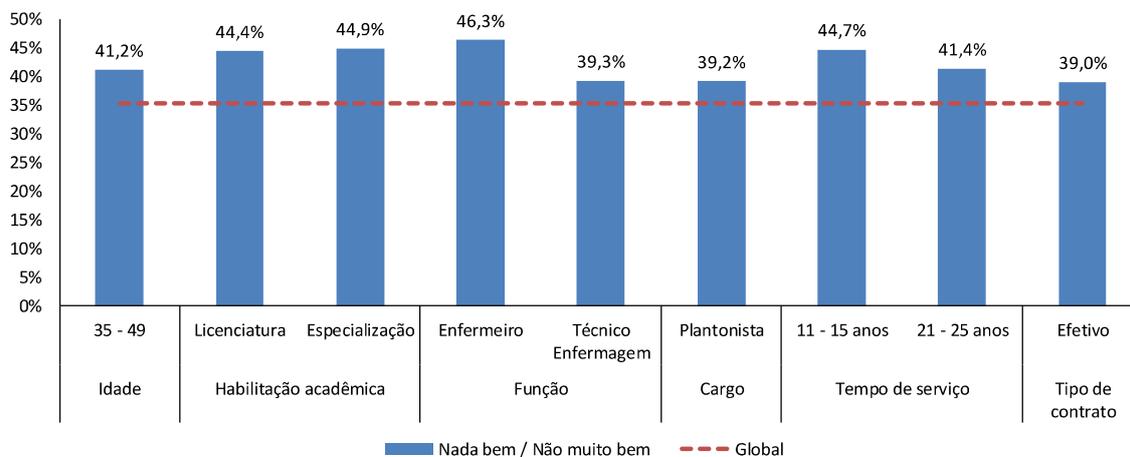
Quadro 3.26 - Existência de tomada de decisões com opinião da equipe

Os gestores consideram as opiniões da equipe quando tomam decisões com implicações éticas.	N	%
Nada bem	21	11,6
Não muito bem	43	23,8
Moderadamente bem	59	32,6
Muito bem	27	14,9
Não sabe / Prefere não responder	31	17,1
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Entre os enfermeiros, o percentual que considera que os gestores não utilizam a opinião da equipe é de (46,3%) (Figura 3.27).

Figura 3.27 – Consideração da opinião da equipe em tomada de decisões com implicações éticas, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

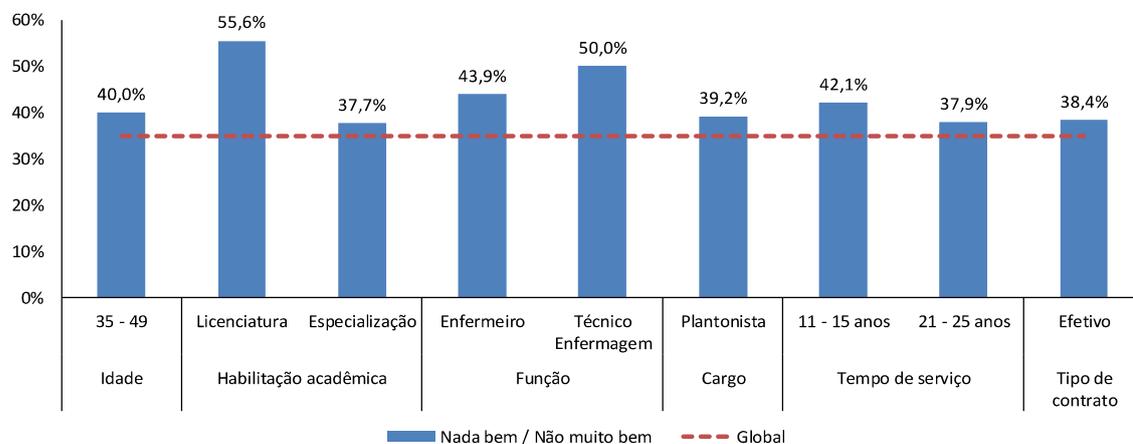
Ainda para (47%) dos profissionais os gestores consideram as opiniões dos mais experientes quando tomam decisões com implicações éticas (Quadro 3.27).

Quadro 3.27 - Existência de tomada de decisões com opinião dos mais experientes da equipe

Os gestores consideram as opiniões dos mais experientes quando tomam decisões com implicações éticas.	N	%
Nada bem	12	6,6
Não muito bem	51	28,2
Moderadamente bem	51	28,2
Muito bem	34	18,8
Não sabe / Prefere não responder	33	18,2
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.28 - Consideração da opinião dos mais experientes da equipe em tomada de decisões com implicações éticas, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Entre os técnicos de enfermagem, o percentual que considera que os gestores não utilizam a opinião dos mais experientes é de (50%) (Figura 3.28).

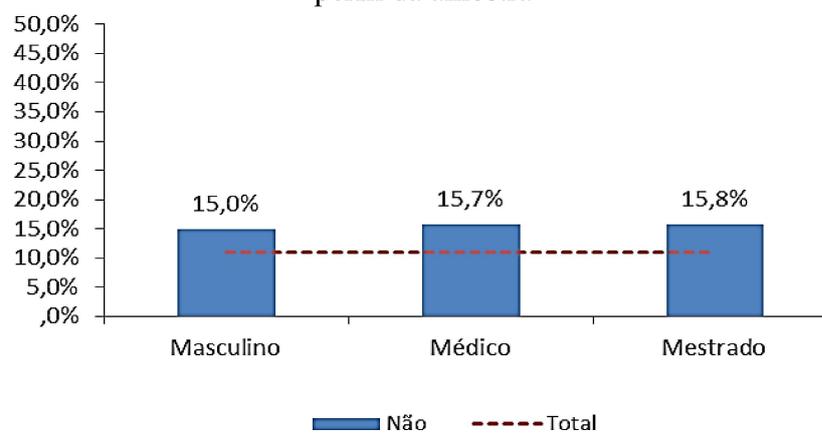
A conduta ética é considerada na avaliação de desempenho de acordo com 65,2% dos respondentes (Quadro 3.28). Já para (15,7%) dos médicos e (15,8%) dos enfermeiros, essa avaliação não acontece considerando a ética, conforme a (Figura 3.29).

Quadro 3.28 - Consideração da conduta ética pelo superior na avaliação de desempenho

Seu superior hierárquico considera a conduta ética na avaliação de desempenho?	N	%
Sim	118	65,2
Não	20	11,0
Não sabe / Prefere não responder	43	23,8
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria

.Figura 3.29 - Consideração da conduta ética pelo superior na avaliação de desempenho, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

3.2.5 Conformidade e integridade na gestão

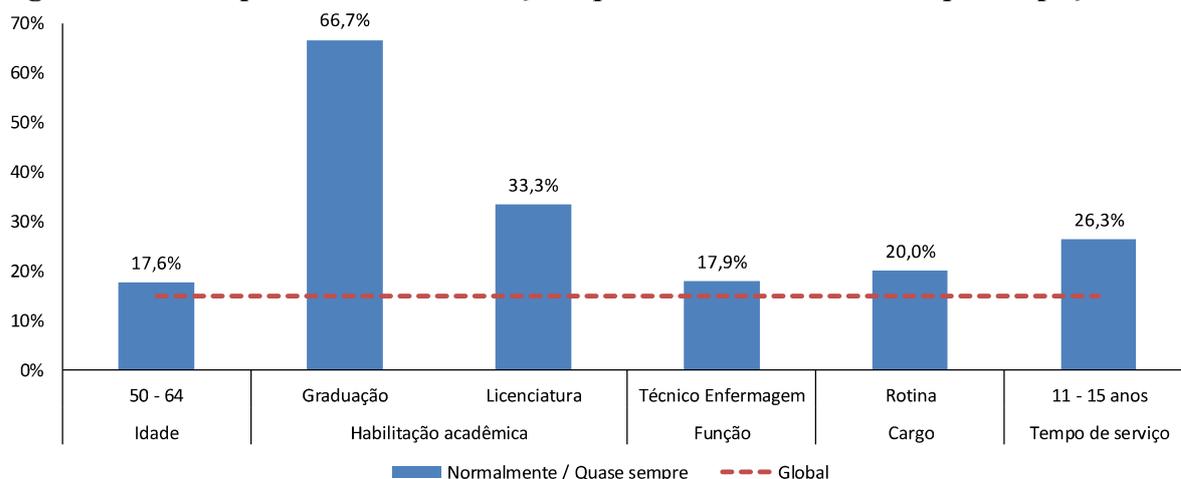
Não é comum receber comunicações da gerência que causam preocupações éticas, segundo (76,3%) dos profissionais, como apresenta o (Quadro 3.29).

Quadro 3.29 - Frequência de comunicações que causam incertezas ou preocupações éticas

Com que frequência você recebe comunicações da gerência que causam incertezas ou preocupações éticas?	N	%
Quase nunca	81	44,8
Ocasionalmente	57	31,5
Cerca de metade dos casos	4	2,2
Normalmente	18	9,9
Quase sempre	9	5,0
Prefiro não responder	12	6,6
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.30 - Frequência de comunicações que causam incertezas ou preocupações éticas



Fonte: autoria própria.

As relações interpessoais são essenciais para um bom convívio e um bom trabalho em equipe, porém, algumas vezes, essas relações podem tomar proporções ruins e atribuir a elas resultados negativos, influenciando nas decisões da gestão. Conforme o (Quadro 3.30), o menor percentual de profissionais acreditarem que tal tipo de influência acontece normalmente ou quase sempre totalizando (23,2%), já para (60%) dos respondentes ocasionalmente, ou quase nunca, as relações interpessoais entre profissionais influenciam negativamente as decisões de gestão, o que é positivo.

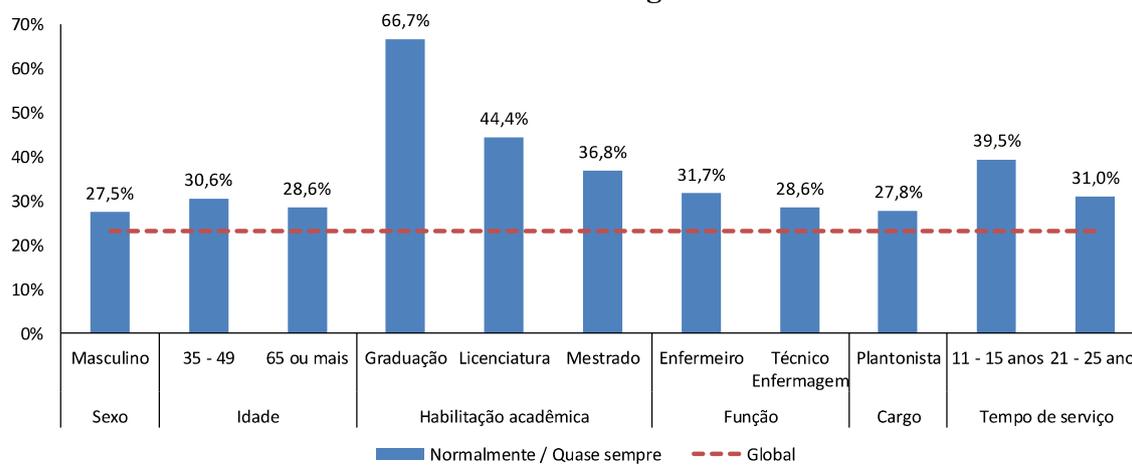
Quando analisado por perfil, (Figura 3.31), indivíduos com graduação, licenciatura são os que mais referem que as relações interpessoais entre profissionais influenciam negativamente as decisões de gestão, com (66,7%) e (44,4%), respectivamente.

Quadro 3.30 - Frequência que relações interpessoais influenciam negativamente em decisões da gestão

Com que frequência as relações interpessoais entre profissionais influenciam negativamente as decisões da gestão?	N	%
Quase nunca	39	21,5
Ocasionalmente	68	37,6
Cerca de metade dos casos	13	7,2
Normalmente	16	8,8
Quase sempre	26	14,4
Prefiro não responder	19	10,5
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Figura 3.31 - Frequência que relações interpessoais influenciam negativamente em decisões da gestão



Fonte: autoria própria.

Aproximadamente (70%) dos respondentes assumem ter liberdade para conversar com seus superiores sobre preocupações éticas sem temer nenhum tipo de retaliação (Quadro 3.31).

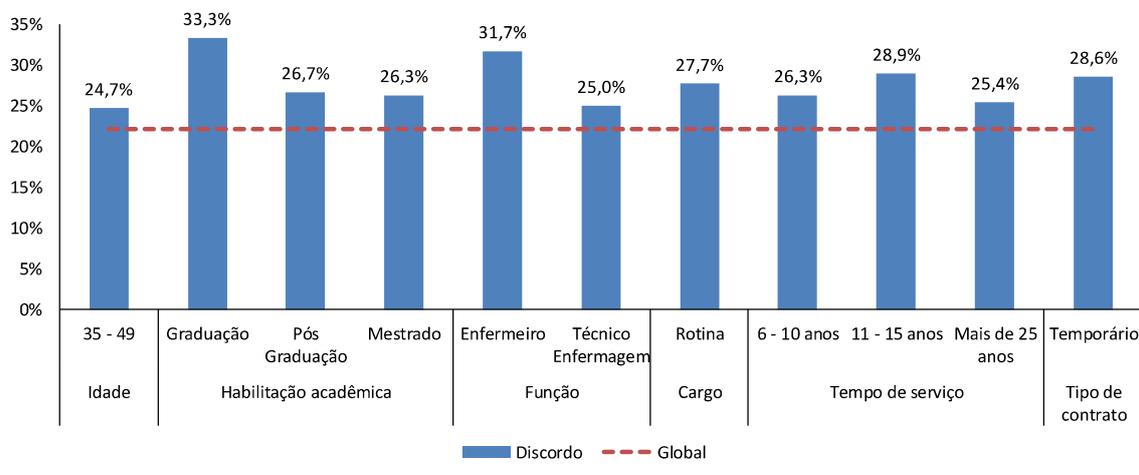
Quadro 3.31 - Existência de liberdade para conversa com superior hierárquico

Os profissionais têm a liberdade de conversar com seus superiores hierárquicos sobre preocupações éticas sem temer medidas de retaliação.	N	%
Discordo totalmente	11	6,1
Discordo parcialmente	29	16,0
Concordo parcialmente	93	51,4
Concordo totalmente	33	18,2
Prefiro não responder	15	8,3
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

O bom convívio com o superior e a boa gestão do mesmo, transmite ao profissional uma sensação de liberdade para com o outro. Porém, quando abrimos os resultados por perfil, pode-se detectar alguns perfis com percentuais maiores. Dentre estes, indivíduos com graduação e enfermeiros são os que se sentem mais prejudicados, indo um pouco acima dos (30%) os que afirmam não ter liberdade para conversar (Figura 3.32).

Figura 3.32 - Existência de liberdade para conversa com superior hierárquico, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

A falta de proximidade que existe, muitas vezes, entre superior e subordinado causa um desconforto para as partes, fazendo com que seja desagradável relatar uma não conformidade ao mesmo. Este desconforto existe ocasionalmente ou quase nunca para aproximadamente (40%) dos profissionais avaliados (Quadro 3.32).

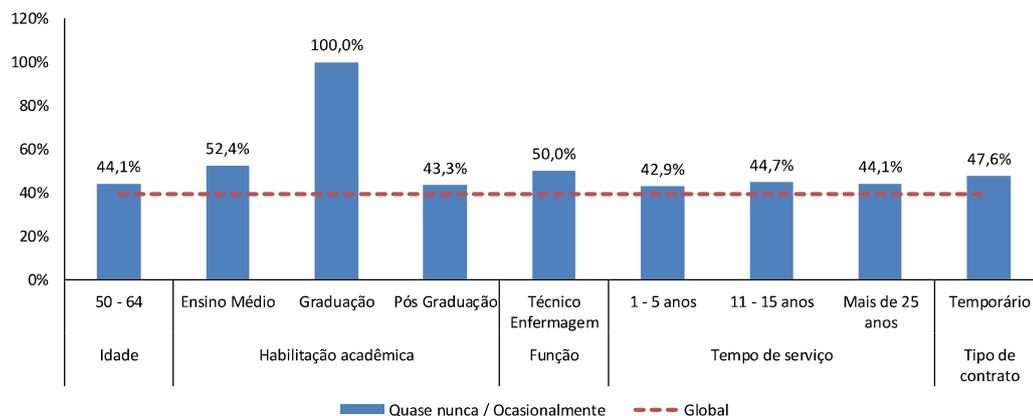
Quadro 3.32 - Frequência em conforto ao relatar uma não conformidade a um superior

Com que frequência você se sente confortável relatando uma não conformidade ou uma violação a um superior hierárquico?	N	%
Quase nunca	26	14,4
Ocasionalmente	45	24,9
Cerca de metade dos casos	10	5,5
Normalmente	57	31,5
Prefiro não responder	8	4,4
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Entre profissionais com nível de instrução de ensino médio e para os técnicos de enfermagem este desconforto é ainda maior, (52,4%) e (50,0%), respectivamente. Já no que respeita aos indivíduos com graduação, a totalidade (100%), refere quase nunca, ou apenas ocasionalmente, sentir-se confortável em relatar uma não conformidade (Figura 3.33).

Figura 3.33 - Frequência em conforto ao relatar uma não conformidade a um superior, por perfil da amostra



Fonte: autoria própria.

Mais da metade dos respondentes já reportaram condutas que violam a lei ou os padrões de conduta ética (Quadro 3.33).

Quadro 3.33- Reporte de condutas que violam a ética

Você já reportou condutas que violam a lei ou padrões de conduta ética?	N	%
Sim	102	56,4
Não	66	36,5
Não sabe	13	7,2
Total	181	100,0

Fonte: autoria própria.

Para esses, foi perguntado se ficou satisfeito com a resposta do problema reportado e (51%) dos que reportaram ficaram insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a resposta (Quadro 3.34).

Quadro 3.34 - Nível de satisfação com a resposta ao reporte

Qual a sua satisfação com a resposta ao que foi reportado?	N	%
Muito insatisfeito	14	13,7
Insatisfeito	38	37,3
Neutro	13	12,7
Satisfeito	33	32,4
Muito satisfeito	0	0,0
Não sabe / Prefere não responder	4	3,9
Total	102	100,0

Fonte: autoria própria.

3.2.6 Opinião global

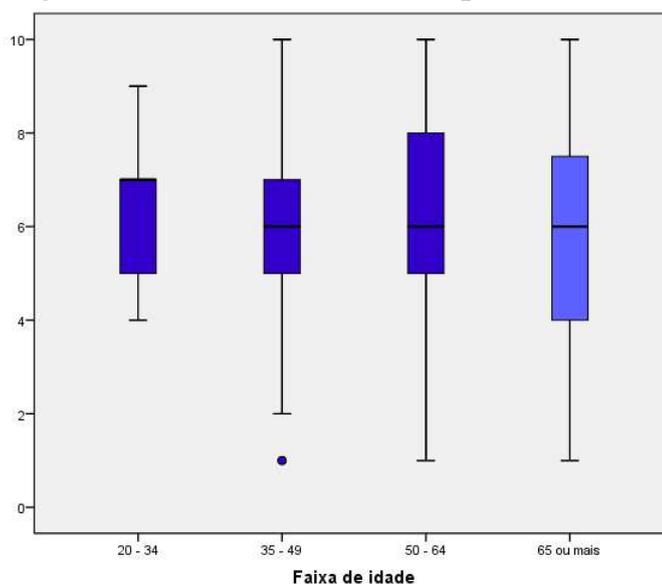
Ao perguntar ao profissional como ele classifica o hospital em que trabalha com relação à ética, obteve-se, em média, 6,2 (Quadro 3.35).

Quadro 3.35 - Classificação do hospital com relação à ética

Como você classificaria seu Hospital do ponto de vista da ética – nada ético ou excepcionalmente ético, em uma escala de 0 a 10?	N	%
1	5	2,8
2	6	3,4
3	5	2,8
4	16	8,9
5	27	15,1
6	39	21,8
7	33	18,4
8	31	17,3
9	12	6,7
10	5	2,8
Total	179	100,0
Média		6,2

Fonte: autoria própria.

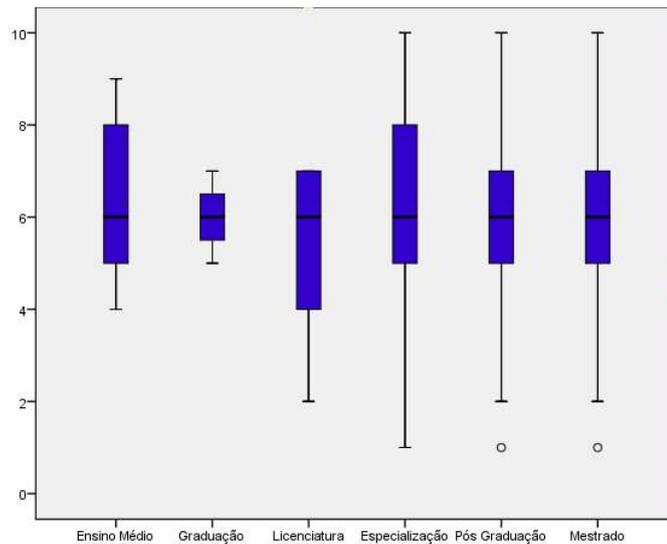
Figura 3.34 – Nível de satisfação por faixa etária



Fonte: autoria própria

Evidencia-se que a faixa etária de 50 à 64 anos, forneceram uma classificação do hospital mais alta, e as faixas de 20 à 34 anos classificação mais baixa (Figura 3.34) .

Figura 3.35 – Nível de satisfação por nível de instrução



Fonte: autoria própria.

Quanto ao nível de satisfação por instrução, especialização e ensino médio apresentaram um nível de satisfação mais alto e mestrado e pós graduação mais baixo (Figura 3.35).

. As percepções mais citadas pelos respondentes sobre o comprometimento ético do hospital foram, principalmente, a falta de conversa sobre o tema, a falta de compromisso do profissional e a interferência política, como evidenciado pela (Figura 3.36).

Figura 3.36 - Percepção sobre o comprometimento ético do Hospital



Fonte: elaboração própria.

Teste de Kruskal Wallis

O teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico utilizado para comparar três ou mais populações. Este teste tem por objetivo testar a igualdade de distribuições numa variável

para $k > 2$ grupos e é adequado ao estudo pois à grande parte das perguntas sobre os aspectos éticos profissionais (na visão dos inquiridos) estão associadas variáveis ordinais.

Para o teste de Kruskal-Wallis, podemos definir as duas hipóteses como:

- H_0 : As $k > 2$ subamostras são provenientes de subpopulações com a mesma distribuição.
- H_1 : As $k > 2$ subamostras não são provenientes de subpopulações com a mesma distribuição.

Utilizando como nível de significância de 5%, foram analisadas todas as perguntas comparando com alguns dos perfis estudados (função, tempo de serviço, cargo e tipo de contrato). Quando o p-valor do teste de Kruskal-Wallis for menor que o nível de significância estipulado (5%) rejeita-se a hipótese nula de subamostras são provenientes de subpopulações com a mesma distribuição, ou seja, existem evidências estaticamente significativas para não assumir que a distribuição relativa à variável em estudo é a mesma nos subgrupos populacionais do perfil em causa.

Abaixo pode-se ver todos os testes em que a hipótese de que não existem diferenças entre as respostas foi rejeitada, isto é, as respostas diferem de acordo com o perfil analisado.

Quadro 3.36 – Resultados de Teste de Kruskal-Wallis em relação à Função

Variável de comparação: Função	Qui quadrado	df	p
12. Reluto em discutir questões éticas.	22.823	6	0.001
13. A gestão mantém promessas e compromissos. (respeitar as decisões em equipe fornecendo tratamento igualitário para todos profissionais)	15.708	6	0.015
14. É dado seguimento a problemas éticos reportados pelos profissionais.	15.142	6	0.019
15. Está familiarizado com o serviço de ética do Hospital?	20.016	6	0.003
23. Com frequência as decisões para alocação dos recursos são de acordo com a vantagem financeira e não de acordo com a ética? (refere-se à redução do custo e não no recurso correto a ser utilizado)	21.996	6	0.001
27. Como você considera sua formação nos aspetos éticos relacionados a alocação de recursos?	5.052	6	0.537
28. Os gestores preocupam-se mais com os indicadores de desempenho do Hospital, do que fazer o certo para o paciente.	13.187	6	0.04
30. As decisões de contratação e promoção respeitam padrões éticos.	17.32	6	0.008
33. Com frequência os gestores impedem a admissão de profissionais com posturas éticas questionáveis?	20.02	6	0.003
36. Os gestores consideram as opiniões dos mais experientes quando tomam decisões com implicações éticas.	16.4	6	0.012
42. Você já reportou condutas que violam a lei ou padrões de conduta ética?	13.219	6	0.04
43. Qual a sua satisfação com a resposta ao que foi reportado?	13.904	6	0.031

Fonte: elaboração própria / *output* do SPSS.

Quadro 3.37 – Resultados de Teste de Kruskal-Wallis em relação ao Tempo de Serviço

Variável de comparação: Tempo de serviço	Qui quadrado	df	p
26. Você entende os processos de tomada de decisão para alocar recursos?	17.197	5	0.004
28. Os gestores preocupam-se mais com os indicadores de desempenho do Hospital, do que fazer o certo para o paciente.	11.859	5	0.037
33. Com frequência os gestores impedem a admissão de profissionais com posturas éticas questionáveis?	13.781	5	0.017

Fonte: elaboração própria / *output* do SPSS.

Quadro 3.38 – Resultados de Teste de Kruskal-Wallis em relação ao Cargo

Variável de comparação: Cargo	Qui quadrado	df	p
9. Com que frequência os pacientes são tratados de forma justa.	6.486	2	0.039
12. Reluto em discutir questões éticas.	14.473	2	0.001
15. Está familiarizado com o serviço de ética do Hospital?	11.279	2	0.004
17. As informações privadas referentes ao paciente são discutidas com todos os profissionais independentemente do seu envolvimento com o cuidado deste paciente (resposta aplicável a todos os profissionais envolvidos)	6.556	2	0.038
20. Há palestras, cursos ou banners relativos privacidade e confidencialidade.	6.481	2	0.039
21. Com que frequência o controle de custos prejudica o atendimento de qualidade ao paciente.	8.527	2	0.014
22. Com que frequência a gestão comunica as razões da alocação dos recursos?	9.658	2	0.008
28. Os gestores preocupam-se mais com os indicadores de desempenho do Hospital, do que fazer o certo para o paciente.	11.872	2	0.003
31. Com que frequência os gestores dão o feedback positivo a posturas éticas?	13.075	2	0.001

Fonte: elaboração própria / *output* do SPSS.

Quadro 3.39 – Resultados de Teste de Kruskal-Wallis em relação ao Tipo de Contrato e Habilitações Acadêmicas

Variável de comparação: Habilitações acadêmicas	Qui quadrado	df	p
10. Segue-se primeiramente as ordens superiores do que do que fazer o melhor para o paciente.	13.051	5	0.023
12. Reluto em discutir questões éticas.	12.522	5	0.028
20. Há palestras, cursos ou banners relativos privacidade e confidencialidade.	12.426	5	0.029
21. Com que frequência o controle de custos prejudica o atendimento de qualidade ao paciente.	12.386	5	0.03
34. Os gestores comunicam que a ética é uma prioridade.	13.839	5	0.017
42. Você já reportou condutas que violam a lei ou padrões de conduta ética?	15.158	5	0.01
Tipo de contrato			
10. Segue-se primeiramente as ordens superiores do que do que fazer o melhor para o paciente.	6.39	2	0.041
21. Com que frequência o controle de custos prejudica o atendimento de qualidade ao paciente.	6.249	2	0.044
33. Com frequência os gestores impedem a admissão de profissionais com posturas éticas questionáveis?	10.262	2	0.006
36. Os gestores consideram as opiniões dos mais experientes quando tomam decisões com implicações éticas.	8.395	2	0.015

Fonte: elaboração própria / *output* do SPSS.

Quando na tentativa de inferir se os vários perfis estudados (função, tempo de serviço, cargo e tipo de contrato) partilham das mesmas opiniões, isto é, se as subamostras relativas a cada perfil são provenientes de subpopulações com a mesma distribuição de resultados/opiniões em relação às várias categorias de perguntas sobre os aspetos éticos profissionais, verificamos que é na parte profissional que existem maiores diferenças. A função desempenhada, o cargo ocupado e ainda o tipo de contrato são os perfis onde as opiniões mais divergem, onde em cerca de dez itens questionados existem evidências estaticamente significativas para não assumir que a distribuição de opiniões é a mesma. Já em perfis como a faixa etária, tempo de serviço, ou habilitações académicas, a distribuição de opiniões é mais homogênea.

3.3 Discussão de Resultados

Para a discussão dos resultados, considerou-se a divisão do questionário aplicado, sendo que as primeiras questões foram referentes às práticas éticas na rotina do trabalho, associadas com a prática dos profissionais de saúde que trabalharam numa unidade hospitalar.

3.3.1 Práticas éticas na rotina de trabalho

A primeira questão diz respeito, então, à justiça no tratamento dos doentes, ou seja, se estes recebem um tratamento igual, independentemente da cor da pele, etnia, crenças, gênero, orientação sexual ou outro fator suscetível de sofrer discriminação. As respostas revelam que a maior parte dos respondentes respondem que os doentes são tratados normalmente 40,3 % ou quase sempre 14,9 % de forma justa, totalizando 55,2%.

No entanto, verifica-se ainda um grande número de respostas no sentido contrário, 14,4% dos respondentes revelam que tal quase nunca acontece. Esse fato vai contra o que se encontra formalizado com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, onde se é reconhecida a “dignidade inerente” e os “direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana”.

É com base nesse conceito de pessoa, na dignidade e igualdade fundamentais de todos os seres humanos, que os direitos dos pacientes a um tratamento justo e igual se fundamentam. Por outras palavras, o que é devido ao doente enquanto ser humano, pelos médicos e pelo Estado, tomou forma em grande parte graças a esta compreensão dos direitos básicos da pessoa.

O acesso aos serviços de saúde deve ser assegurado sem discriminação de raça, religião, sexo, origem nacional ou deficiência. Os doentes devem também estar livres de discriminação

com base na sua doença, tanto no que respeita ao emprego, como à acessibilidade ao seguro de saúde. O tratamento ótimo de uma doença deve ser assegurado por uma equipe que inclua conhecimentos médicos multidisciplinares. Os doentes devem também ter acesso a aconselhamento para as suas necessidades psicossociais, nutricionais e outras. Devem, ainda, ter a possibilidade de participar em ensaios clínicos relevantes e ter acesso a terapias inovadoras, que podem melhorar os resultados da sua doença (Daher, 2016).

O direito dos doentes a um atendimento justo de qualidade é citado pelos profissionais de saúde que participaram no estudo realizado por Seoane e Fortes (2014). Neste estudo, os respondentes mencionaram o direito do doente a um bom atendimento, tendo aqueles realçado a importância que os profissionais de saúde devem ter no que toca ao respeito por esse direito, ao empoderamento do doente e também à importância do acesso à informação em linguagem acessível, de modo a permitir uma melhor adesão aos tratamentos propostos.

No entanto, e como se pode verificar pelos resultados, são vários os profissionais de saúde que assumem que, nem sempre, se verifica um tratamento justo de todos os doentes em matéria de cuidados de saúde. Os estereótipos são vistos como uma das principais razões que influenciam as interações pessoais e moldam as expectativas, sendo persistentes no tempo.

A estereotipagem pode ser definida como o processo pelo qual as pessoas utilizam categorias sociais (como raça, sexo) para adquirir, processar e relembrar informações sobre outros. As crenças (estereótipos) e orientações gerais (atitudes) que as pessoas trazem para as suas interações ajudam a organizar e simplificar situações incertas e dar aos perceptores uma maior confiança na sua capacidade de compreender uma situação, tal qual responder de forma eficiente e eficaz. Embora funcionais, os estereótipos e atitudes sociais também tendem a ser sistematicamente tendencialmente enviesados. Estes preconceitos podem existir de formas explícitas e evidentes, tal como representado pelo fanatismo tradicional. No entanto, as suas origens decorrem de uma categorização social virtualmente universal (Ryn & Burke, 2000).

A questão seguinte era relativa à sobreposição de ordens hierárquicas superiores ao interesse do doente. Apesar da maior percentagem das respostas, 66,3 % indicar que o interesse do doentes vem sempre em primeiro lugar, opinião partilhada principalmente por médicos com idades mais avançadas e níveis de instrução maiores, ainda se destacam cerca de 30%, concordam totalmente 8,8 %, e parcialmente 21%, asseverando que respeitarão, em primeiro lugar, o que é dito por seu superior.

Contudo, essa opinião vai contra o que preconiza a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial relativamente aos Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos (2013). Nos princípios gerais, mais precisamente no nº 3, a declaração

compromete o médico com as seguintes palavras “a saúde do meu doente será sempre a minha primeira preocupação”. Por sua vez, o Código Internacional de Ética Médica declara que “um médico deve agir no melhor interesse do doente quando presta cuidados de saúde”, sendo, destarte, o dever do médico promover e proteger, sempre, a saúde, o bem-estar e os direitos dos doentes, consoante com o superior interesse destes.

O superior interesse do doente é uma importante base para a tomada de decisões quanto aos cuidados de saúde, especialmente em situações em que os valores, referências e desejos do doente são desconhecidos pelos prestadores de cuidados e pela própria família. O conceito de superior interesse é uma norma ética comumente aceita, sendo também uma norma jurídica, sendo que todos os envolvidos na tomada de decisões em matéria de cuidados de saúde devem compreender o que encerra este termo e as suas implicações antes de ser colocado em prática (Trau e McCartney, 1993).

Cerca de 85% dos respondentes afirmam que a ética está presente nas decisões dos profissionais de saúde. Ou seja, na prática, asseguram que a sua prática profissional é orientada pela ética. Camarena (2002) define ética do trabalho, dentro de qualquer forma de práxis, um compromisso inevitável de se fazer as coisas bem, que não se pode deixar de realizar, uma vez que se relaciona com o compromisso que se assume quando se estuda uma determinada profissão. A fim de se evitar, em grande medida, os problemas de natureza ético-moral que se sugere no exercício de uma profissão de saúde, devem ser postos em prática princípios éticos que estabeleçam os parâmetros e as regras que descrevam o comportamento que uma pessoa pode ou não expor num determinado momento.

Conforme Agledahl, Førde and Wifstad (2010), o foco recai sobre como médicos lidam com aspectos morais e éticos na sua prática profissional diária. Para tal, os médicos desenvolvem um processo constituído por fases:

- 1) a primeira fase consiste na divisão da situação clínica em pequenas unidades, que são as partes manejáveis;
- 2) a segunda fase consiste em formular descrições do doente e alcançar a compreensão mútua;
- 3) a terceira fase é realizar a categorização dos sintomas do paciente que podem ser introduzidos para registo, de forma a realizar uma filtragem existencial;
- 4) a abordagem seguinte é o foco funcional, que chama a atenção do médico para beneficiar a função física e mental do paciente, enfatizando o superior interesse do doente.

Relativamente a relutância, em discutir questões éticas, e apesar de 17,7% dos respondentes ainda referirem resistência relativamente a esta assunto, cerca de 78,4% mostraram-se disponíveis para conduzir discussões sobre questões éticas. Tal resultado parece acompanhar o que é referido por Goethals, Casterlé and Gastmans (2013), os quais mencionam que, de um modo geral, há um grande empenho dos profissionais para discutir questões éticas da forma mais completa possível, oferecendo argumentos e contra-argumentos baseados na melhor evidência possível. Uma discussão colaborativa, analítica, reflexiva e meticulosa entre profissionais de saúde, voltada para a análise cuidadosa das alternativas, dos pontos de vista e das escolhas realizadas é uma mais valia para o bem-estar e saúde do doente (Garcia, 2011).

A deliberação ética constitui uma abordagem apropriada para os problemas éticos nos cuidados de saúde prestados por equipas multidisciplinares, porque possibilita conhecer as diversas experiências e perspetivas dos envolvidos no processo. Os profissionais utilizam a deliberação como estratégia na busca do melhor curso de ação para resolver problemas éticos da prática cotidiana (Irvine, Kerridge e McPhee, 2004). A deliberação não equivale à tomada de decisão. Portanto, um indivíduo ou grupo de profissionais diferente daquele que precisa tomar a decisão ética pode deliberar sobre o caso, como acontece nos comités de ética (Gracia, 2003).

Quando questionadas se existe um tratamento igualitário entre os profissionais de saúde e o cumprimento de promessas por parte dos gestores, 36,5% referem que tal não acontece, sendo os enfermeiros e profissionais de 11 a 15 anos os que mais referem esse tratamento desigual. A discriminação na indústria de saúde torna-se particularmente grave uma vez que este fenómeno é passível de incluir decisões que podem colocar em causa considerações racionais e jurídicas, sendo vital que, nos cuidados de saúde, a tomada de decisão seja racional e que o desempenho dos profissionais seja eficiente e qualificado (Chang & Kleiner, 2001).

No estudo que Özcan, Özkara e Kizildag (2011) empreenderam sobre a discriminação entre trabalhadores num hospital público na cidade de Afyonkarahisar, no centro-oeste da Turquia, averiguou-se que, embora existam, os comportamentos discriminatórios não fazem parte da vida organizacional dos hospitais públicos. Porém, devido à dependência das forças políticas, muitas vezes existem grupos que são naturalmente mais discriminados, como o caso das mulheres e dos trabalhadores mais velhos.

As respostas dadas relativamente ao conhecimento e familiaridade acerca do comité de ética do hospital denotam, também, que a ética é ainda um assunto pouco discutido, uma vez que são vários os profissionais que alegam não estarem familiarizados com o serviço de ética do hospital, nada familiarizado 24,9 % e não muito familiarizado 16,6 %, totalizando 41,5 %

apesar de familiaridade de 47,5 % . Entretanto, este é um resultado preocupante uma vez que, de acordo com Anunciação e Zoboli (2008), a ética revela-se como vital para a estrutura organizacional de um hospital uma vez que inclui estas perspectivas:

- estrutura;
- estratégia;
- pessoas;
- estilo de direção;
- sistemas;
- procedimentos;
- conceitos que guiam as ações;
- valores compartilhados na cultura organizacional;
- forças e habilidades presentes ou esperadas.

A presença e conhecimento do serviço/comitê de ética de um hospital é muito importante, uma vez que, para os profissionais da área da saúde, os conhecimentos científicos e tecnológicos são fundamentais. Todavia, caso não se verifique um embasamento ético-moral adequado para a utilização desse conhecimento, podem decorrer problemas graves para com os doentes, a sociedade e até mesmo os próprios profissionais (Goldim & Francisconi, 1995).

3.3.2 Práticas éticas na privacidade e confidencialidade do paciente

O segundo grupo analisa uma das questões éticas mais pertinentes acerca do trabalho numa instituição hospitalar que se prende com a privacidade e confidencialidade do paciente.

A primeira questão refere-se, então, ao acesso às informações privadas do paciente, sendo que estas são quase sempre discutidas e divulgadas, especialmente entre os profissionais com formação superior. Esta preocupação com a divulgação dos dados privados sobre os pacientes é uma discussão cada vez maior no meio médico/de saúde, dado que são vários os processos e as terapêuticas que necessitam de um envolvimento multidisciplinar de várias pessoas, especialmente quando se está em contexto hospitalar (Carvalho et al., 2017). O paciente tem direito à privacidade dos seus dados médicos, 20,4 % responderam que normalmente e 10,5 % quase sempre mantêm sim as informações a seu respeito e a respeito do seu estado de saúde inacessíveis a outras pessoas que não os profissionais de saúde que se encontram a lidar diretamente com eles, devendo tal informação ser protegida a todo custo (Buckovich. Rippen & Rozen, 1999).

Esta realidade, a do direito à privacidade e à proteção da informação confidencial, não é de todo verificada no hospital onde foi desenvolvido este trabalho, pois a amostra apontou ser normal que os documentos sigilosos relativos a pacientes fiquem, frequentemente, em locais não reservados e de fácil acesso. Apesar disso, a amostra indicou que, quase nunca, 55,2 % as telas dos computadores permanecem abertas com os registos dos pacientes visíveis, e 10% não responderam podendo esta realidade constituir mesmo um comportamento ilegal.

Para Kaye (2012), a proteção da privacidade de um paciente é salientada em todos os documentos legais das democracias, sendo um aspecto que define a sociedade civil. Quando esta privacidade é violada, especialmente no que toca à divulgação de informações médicas confidenciais, a vida do paciente pode ser diretamente afetada, podendo gerar consequências nas práticas médicas. Informações como a existência de doenças graves, de uma condição congênita, do uso de drogas ou opções sexuais podem ser geradoras de comportamentos discriminatórios com consequências negativas para o paciente no campo pessoal e social (McGuire et al., 2008).

Quando questionados sobre a existência de formações, documentos informáticos ou outras ações sobre a privacidade e a confidencialidade de dados dos pacientes relativamente aos assuntos médicos, a resposta é bastante elucidativa, sendo quase consensual a opinião que esse tipo de formação/informação não existe., com 74,6% de quase nunca e ocasionalmente 14,9 %. No entanto, a questão relacionada com a confidencialidade, privacidade e sigilo profissional relativamente aos pacientes é de importância fundamental para uma prestação de serviços adequada, o que requer dos profissionais envolvidos (sendo estes profissionais de saúde ou outros a atuar em contexto hospitalar) uma formação idônea tanto a um nível inicial quanto a um contínuo, para lidar com aspectos ligados diretamente à proteção de informações e dados do paciente (O. Dias et al., 2013).

3.3.3 Práticas éticas em alocação de recursos

A gestão financeira impacta na prestação de um determinado serviço, especialmente numa época onde muitos sistemas de saúde ao nível mundial encontram-se ainda em recuperação devido aos cortes realizados devido à última crise financeira e também ao crescimento exponencial das instituições privadas de saúde, onde impera um carácter de rentabilidade sobre os serviços prestados.

Desse modo, quando questionados se o controle de custos em contexto hospitalar influencia um atendimento de qualidade, as respostas são afirmativas, ou seja, quase sempre

28,7 % e ocasionalmente 33,7 % relatando que há impactos significativos no material, leitos e até na realização de cirurgias. Isso acontece devido ao fato de hospitais, e todo o sistema hospitalar, apresentarem uma natureza bastante complexa, sendo imprudente gerir de acordo com uma lógica de administração pública tradicional e centralizada.

Nas últimas décadas, tem-se verificado a tendência para a empresarialização da gestão hospitalar, uma vez que é continua a necessidade de se racionalizar recursos, tanto físicos e materiais quanto humanos (M. Santos, 2012). Contudo, e devido a esta visão empresarial, os hospitais são administrados por gestores que possuem pouco conhecimento sobre os conceitos hospitalares, nomeadamente dos custos hospitalares, sendo que as informações disponibilizadas são frequentemente pouco aproveitadas, pouco compreendidas e não representam a realidade da área. Para que os impactos do controle de custo sejam menores na prestação de cuidados de qualidade, há que se melhorar a formação e a consciência dos gestores hospitalares ao mesmo tempo que se melhore um sistema de gestão institucional de modo que aqueles tenham mais autonomia e responsabilização (Dallora, 2007).

Outra questão relativamente aos custos e à sua alocação prende-se com a comunicação destes, e com a disponibilidade dessa informação. De acordo com os respondentes no hospital em análise, essa informação não é comunicada por parte da gestão, 58 % responderam quase nunca e 19,9 % ocasionalmente. Mas, é de grande importância que os custos sejam divulgados e também estudados, tanto por parte dos gestores quanto dos profissionais de saúde que atuam no terreno diariamente.

Estudar as informações relativamente aos custos e à sua alocação permite a análise, procurando a homogeneização de saídas, entradas e processos. Concomitantemente, permite que se procure ganhos e que se divulgue práticas mais sustentáveis que podem, como devem ser aplicadas e padronizadas nas instituições hospitalares (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

É importante ainda perceber se os respondentes compreendem a alocação dos recursos como sendo ética, como estando relacionada com a missão e os valores do hospital e das decisões que são tomadas considerando o conhecimento dos processos, onde a ética tem de ser um elemento fundamental na tomada de decisão. Constata-se opiniões divididas, 21% não sabe ou prefere não responder, 29,8 % opinião não muito boa, e, 30,9 % moderadamente boa .

As decisões diárias tomadas nos hospitais devem ser consistentes com a prática diária do mesmo, sendo que os aspectos éticos são um importante elemento no processo de tomada de decisão. Tais aspectos são mais evidentes quando a decisão envolve algum tipo de alocação de recursos, especialmente quando estes são escassos (K. Silva, Mello, R. Ribeiro & Roquete, 2015).

3.3.4 Práticas éticas na gestão

Na primeira questão relativamente a esta parte da pesquisa, se os gestores hospitalares apresentavam uma maior preocupação com os indicadores de desempenho, em 52,5 %, da amostra em comparação com o que é correto fazer relativamente à situação de um paciente. As respostas demonstraram que esta é uma realidade, fazendo jus à concepção empresarial da gestão hospitalar em voga. Conforme Faria, Lupi e Costa (2010, p.94):

“... as novas dinâmicas de mercado e de gestão que se vão difundindo ao nível da prestação de cuidados de saúde, têm originado um aumento dos conflitos entre as obrigações éticas do médico perante o doente, cuja principal responsabilidade é a prossecução do bem-estar deste último individualmente considerado e as obrigações do gestor em saúde que assume uma responsabilidade perante uma comunidade limitado pelo seu orçamento e recursos [...]”.

Para um gestor é muito mais fácil uma visão relacionada com os gastos imediatos e a proposta de restrições generalistas, antes de pensar nos princípios éticos que devem orientar as práticas de saúde.

Se a gestão promove uma contratação de acordo com os padrões éticos, as respostas, maioritariamente, revelam uma falta de ética no momento da contratação. Essa resposta vai de encontro à que foi dada quando foram inquiridos se havia impedimentos à admissão de profissionais com atitudes éticas questionáveis, o que a maior parte daqueles revelou inexistir, 38,7 % afirmam quase nunca 17,7 % e ocasionalmente 21 % . Ambas as respostas confirmam também a que foi dada quando os gestores afirmaram que a ética não era uma prioridade, e, sim, a sua comunicação.

Essas três questões revelam uma diminuição da importância da ética e de profissionais éticos numa área tão delicada quanto a saúde. A missão da ética na área da saúde é aumentar a qualidade da assistência e da capacidade de decisão por parte dos profissionais, que devem orientar a sua atuação pela ética, recorrendo à divulgação e discussão dos mais diversos temas, especialmente daqueles que se constituem dilemas ou desafios derivados dos avanços da medicina.

Apesar dos gestores terem uma visão empresarial e guiada por rentabilidade, estes têm de ponderar que os profissionais de saúde possuem um poder de decisão legitimado por conhecimento e experiência, havendo, assim, a necessidade de que aqueles sejam regidos pela ética e pelo superior interesse do paciente (Amorim & Perillo, 2009).

No que concerne à tomada de decisão, os respondentes referem que é tomada, de um modo geral, em equipe, e também incluindo a opinião dos colegas mais experientes, em 47 % ou seja, moderadamente bem 28,2 % e muito bem 18,8 % . Num hospital, desenvolve-se o trabalho em equipe, geralmente multidisciplinar, onde existe uma relação entre os diferentes profissionais envolvidos, porquanto as decisões devem ser tomadas em conjunto numa atitude humanizada e mais ampla e resolutiva do cuidado. As experiências dos profissionais, aliadas à sua formação técnico-científica, apresentam uma importância primordial (Matos, Pires & Campos, 2009).

Nas questões anteriores, as indagações éticas foram deixadas em segundo plano, nomeadamente no que concerne à contratação dos profissionais de saúde. É mais fácil que estes tomem uma decisão considerando aspectos gerenciais, sobretudo financeiros, do que aspectos éticos quando se percebem sob a avaliação de um superior. Apesar disso, 65,2 % dos profissionais tem em conta, sua conduta ética incluída na avaliação de desempenho.

3.3.5 Conformidade e integridade na gestão

Apesar de já se ter referido nesta discussão que os gestores, muitas vezes, tomam as suas decisões de acordo com uma visão empresarial de gestão relativamente ao hospital, pondo o pensamento ético para segundo plano, a grande parte dos profissionais, 76,5 % aponta que, quando recebe comunicações por parte da gestão, estas não despertam preocupações éticas, demonstrando que há não uma sensibilidade nesse sentido, considerando as vicissitudes e especificidade da área da saúde.

Esses resultados contrariam o que é preconizado por J. Santana e Gambero (2015), que referem que a dimensão empresarial, na organização e na estruturação dos serviços de saúde, não deve modificar as expectativas sociais sobre os profissionais que neles atuam, continuando com a mesma obrigação ética de sempre no que toca à sua atuação perante os pacientes.

Nesse novo paradigma de gestão, o que varia é a forma de atingir essa obrigação ética, não se restringindo apenas ao superior interesse e benefício do paciente, mas passando, obrigatoriamente, por uma gestão eficaz e eficiente das instituições de saúde (J. Santana & Gambero, 2015).

No trabalho realizado por Rego et al. (2015), ficou claro que há uma grande probabilidade de o tempo despendido por parte das gestões hospitalares ter se centrado na procura constante das respostas institucionais, mas adequadas aos problemas que vão surgindo

podendo haver o perigo de se perder de vista o verdadeiro objetivo das instituições de saúde: o tratamento de pessoas em situações vulneráveis.

Vulnerabilidade que exigirá uma gestão ética, ou seja, com valores e respeitando a dignidade humana, de modo a que se haja com a consciência correta. Quando os gestores, como parece ser o caso da presente amostra, não se encontram cingidos apenas por indicadores de produtividade na gestão dos recursos, e consideram o bem-estar das pessoas e os princípios de equidade e justiça, pode-se afirmar que se está perante de uma gestão ética (Rego et al., 2015).

As relações interpessoais, naturalmente, para quem trabalha num contexto como o de saúde, têm um peso muito grande no funcionamento dos serviços. Dos respondentes, 59 %, quase nunca 21,5 % e 37,6 % ocasionalmente. declararam que as relações interpessoais negativas não apresentam qualquer tipo de influência na prática da gestão. Esses resultados confirmam o que afirmam Parayitam and Dooley (2007): os profissionais, trabalhando na saúde, devem desenvolver competências interpessoais ao nível da comunicação, mas também de liderança e gestão, sendo estas ferramentas de trabalho fundamentais para a prática diária capazes de potenciarem resultados satisfatórios no que toca ao desempenho das equipas de trabalho.

Relacionada com a questão anterior, é importante também mencionar as relações interpessoais desenvolvidas com os níveis hierárquicos superiores. Grande parte dos respondentes 69,6 %, reitera poder conversar com uma percentagem de seus superiores sem medo de represálias sobre as suas preocupações éticas. No entanto, uma percentagem substancial de enfermeiros informou não ter essa liberdade, ou seja, 31,7 %.

Num trabalho realizado por Ribeiro (2014), os enfermeiros revelam que esperam que os seus superiores hierárquicos sejam atenciosos, justos, competentes, bons comunicadores e que reconheçam e recompensem o bom desempenho, permitindo a participação na tomada de decisão. Esta é a esperança que os enfermeiros têm, mas que não é percebida pela amostra, especialmente no que toca à participação na tomada de decisão e na comunicação. Isso pode acontecer devido à falta de proximidade identificada entre os superiores hierárquicos e os subordinados, especialmente os enfermeiros.

Por fim, a mais de metade já reportou condutas que violam a ética, 56,4 %, ou seja, 102 dos respondentes, sendo que o nível de satisfação com a resposta a esse reporte divide-se entre o muito insatisfeito e o insatisfeito 13,7 % e 37,3 % respectivamente . A ética deve, sempre, ser destaque em contexto hospitalar, uma vez que organizações de tal natureza compõem-se de pessoas cujas ações e relações estabelecidas caracterizam-se pela responsabilidade e complementaridade. Num hospital, a ética deve ser expressa em todos os processos pessoais,

interpessoais e institucionais, até mesmo quando esta não esteve presente e teve de ser reportada e repostada (Guedes e Castro, 2009) .

Globalmente, quando questionados sobre como classificam o Hospital do ponto de vista da ética, numa escala discreta de 0 (nada ético) a 10 (excepcionalmente ético), a opinião média dos respondentes localiza-se nos 6,2. Aspectos como a falta de conversa sobre o tema, a falta de compromisso do profissional e a interferência política foram vistos pelos profissionais como os principais fatores que divergem de um desempenho ético. Tal fato deve-se, conforme Rego, Araújo e Serrão (2014), ao papel do gestor em saúde, que coloca a sua vertente tecnicista em primeiro lugar conduzindo a uma desumanização dos cuidados, sendo necessário que se desenvolva, cada vez mais, uma gestão integrada e holística tendo em conta a natureza dos cuidados de saúde na atualidade.

Capítulo 4 - Conclusão

O setor de saúde está inserido em um contexto delicado, participando da vida das pessoas, nomeadamente em momentos de fragilidade física e emocional.

Identificar conflitos éticos que interfiram na dignidade de cada profissional no cotidiano das unidades do setor, constitui mais um campo de intervenção para o(s) gestor(es).

Sob a contextualização histórica, durante os anos 80, a sociedade brasileira superou um regime ditatorial (vivido desde 1964) rumo à democratização política, época marcada por uma fase de 'Milagre Econômico' nos anos 70, seguida por uma rígida crise econômica que persiste até a atualidade.

A saúde, em 1988 mais precisamente, passou a contar com a participação de novos sujeitos sociais para a discussão das condições de vida da população brasileira e de novas propostas governamentais que passaram a ampliar o debate sobre o setor. Este deixa de ser de interesse somente dos trabalhadores, para assumir dimensão política, estreitamente vinculada ao processo de democratização.

Portanto, a saúde pública no Brasil passou por um longo caminho. Atualmente, a reflexão em torno das questões éticas permitiu apreender que o código de ética do profissional médico é um resumo de virtudes nas quais se elenca a veracidade, dignidade, responsabilidade, honestidade, confiabilidade. Virtudes exigidas para que exista um norteamento sobre o comportamento humano. Juntamente com aquelas, o profissional deve apresentar formação sólida, competência científica e técnica.

Após a realização do presente estudo, que a busca por ética e qualidade no setor de saúde no Brasil é relativamente recente, pois somente teve mudanças efetivas nos processos de gestão e nas formas de tomada de decisão após a criação e desenvolvimento do programa brasileiro de acreditação hospitalar, assim como a implementação das normas da ISO. Como consequência direta observou-se que, uma discreta preocupação ética no atendimento dado ao cliente/paciente e na qualidade dos cuidados médicos em geral. Embora seja um assunto de grande relevância, encontrou-se poucas fontes específicas.

Dentre as diversas observações feitas pelos participantes no estudo, remete atenção. Foi relatado que, por muitas vezes, não é realizado, o melhor para o paciente em função quando em atitudes sob orientações e fugindo as condutas éticas em seguir ordens superiores. Esta colocação obteve maior impacto entre profissionais de menor nível de instrução que preferem obedecer às ordens dos seus superiores mesmo entendendo que poderia ser feito de outra forma. Não foram relatados os motivos que os levam a agir assim, mas percebe-se certa alienação

produzida pelo medo de perder sua colocação na instituição. As instruções de como agir com ética devem ser intensificadas, de forma que todos priorizem as necessidades dos pacientes e não ordens superiores, muitas vezes desajustadas/desadequadas.

Outra questão, relaciona-se em conformidade a “ótica empresarialista” do que é gerir uma unidade de saúde, como é o caso do hospital, com peculiaridades e detalhes. Por muitas vezes, com um caráter tecnicista, muito dos gestores hospitalares apresentam a tendência de enfatizar questões de desempenho e produtividade do que propriamente as de natureza ética, pondo em causa a missão de um hospital que é o cuidar de pessoas. Apesar disso, é também de realçar a preocupação cada vez maior por parte dos gestores para que sejam desenvolvidas práticas e políticas hospitalares que abarquem as mais pertinentes demandas éticas, sendo, deste modo, um trabalho com um grande potencial para contribuir para uma boa assistência ao paciente.

Uma conclusão complementar é a falta de formação contínua e falta de informação relativamente às questões éticas relacionadas com o bom funcionamento de um hospital. A ética e a deontologia profissional são temas importantes em todos os cursos de Medicina, Enfermagem ou outras áreas na saúde, devendo estar integrados nos planos curriculares. Contudo, ficou patente que, durante a prática profissional, são poucas as ações de desenvolvimento de uma atitude ética perante o trabalho, sendo que o hospital deveria ser responsável por essa continuidade de formação quer para os profissionais diretos das áreas da saúde (médicos enfermeiros, e demais profissionais), quer para os restantes profissionais afetos, como é o caso dos administradores e administrativos que lidam diariamente com pacientes.

Em análise conclusiva, face aos resultados deste estudo, quatro itens obtiveram maiores diferenças observadas, entre os tipos de perfil, isto é, as respostas foram diferentes para cada grupo de perfil:

- 1) o primeiro fala sobre a relutância em discutir questões éticas;
- 2) o segundo versa sobre a frequência em que o controle de custos prejudica o atendimento de qualidade ao paciente;
- 3) o terceiro que possui diferenciação entre os perfis é sobre a maior preocupação dos gestores com os indicadores de desempenho do hospital, do que fazer o certo para o paciente;
- 4) por último, existe uma diferenciação sobre a frequência com que os gestores impedem a admissão de profissionais com posturas éticas questionáveis.

Apesar dos avanços e conquistas dos direitos das pessoas, ainda há muito a se fazer rumo à garantia total da cobertura da saúde, pois a legislação vigente, atualmente no país, não consegue impedir a ineficiência na efetivação das políticas públicas.

Por conseguinte, deve-se pensar, em saúde de uma forma holística a fim de se ter um olhar voltado para cada área específica do sujeito, que muitas vezes tem acessado a seus direitos de maneira fragmentada. Os serviços de saúde, em todos os níveis, devem se organizar em sincronia para responder às necessidades desse público, para vencer a questão burocrática.

Entretanto, o que caracteriza a maioria das unidades públicas é o convívio contínuo com a superlotação, períodos prolongados de internação hospitalar, com riscos aos agravos da saúde, em ambientes sob risco de infecção hospitalares e o enfrentamento a mudanças progressivas impostas pela competitividade do mercado, com oscilações socioeconômicas, e avanços tecnológicos, impondo aos gestores decisões cada vez mais precisas para adequação do ambiente interno da unidade na qual se insere, inclusive quanto às questões éticas.

A gestão na saúde deve, então, ser capaz de mobilizar e articular conhecimentos, competências e valores nas situações em que urge a tomada de decisão, atentando que as sociedades atuais são cada vez mais complexas, regendo-se por vários sistemas de valor que devem ser considerados, e o maior valor ético: A vida do paciente.

Naturalmente, a relação entre a gestão, em contexto hospitalar, e a dimensão ética é marcada por confrontos, frutos de objetivos e interesses contrários, devido a novos paradigmas em que a gestão se apoia, não tendo como único objetivo o bem-estar do paciente, mas também o cumprimento de parâmetros de gestão. Daí, os desafios do ponto de vista ético serem bastante importantes e precisarem ser discutidos com frequência. Estes devem pertencer aos objetivos estratégicos da gestão hospitalar, de forma a divulgar e cimentar o princípio da responsabilidade no que toca à prestação dos cuidados de saúde, à deontologia, à qualidade, mas também à eficiência, efetividade e desempenho do serviço.

Nesta pesquisa, foi possível perceber e entender melhor qual posição de profissionais de saúde, hospital e também da responsabilidade de cada um na tomada de decisões e em relação às posturas éticas de um modo geral, sobretudo as inerentes ao meio que a influencia. Contudo, é importante salientar o desenvolvimento de novas pesquisas, principalmente pesquisas que comparam as instituições públicas como um todo, ou mesmo fazendo uma comparação entre entidades públicas e privadas.

O tema é abrangente e pode ser explorado por diversas vertentes, na qual cabem outras pesquisas e sugestões que colaborem para o desenvolvimento da ética no atendimento hospitalar de todos os níveis. Esta é, assim, uma temática fundamental para que se desenvolva a qualidade

do atendimento, sendo importante que a ética, através da realização de pesquisas deste âmbito, entre cada vez mais nas discussões dos profissionais de saúde, não devido a um caso específico, mas sim por ser rotina. Num futuro é importante não só recolher a opinião dos profissionais de saúde, mas também dos gestores, de forma a compreender as suas representações sobre a ética em ambientes de saúde, analisar quais os seus principais desafios e dificuldades.

Ficou patente com este estudo que os cuidados de saúde, nomeadamente os hospitais, não podem ser geridos sem que exista um quadro ético claro.

Consequentemente logo, como autora deste estudo, sugere-se que cada unidade hospitalar faça uma “reflexão profunda” relativamente ao contexto em que se encontra inserido para que, antes de situações problemáticas ocorrerem, exista uma ponderação no que concerne à tomada de decisão, fazendo com que tanto os padrões éticos da gestão hospitalar, quanto as políticas, normas e procedimentos sejam capazes de demonstrar o que fazer em caso de conflito e de mostrar quem deve ser o responsável por suas aplicação e resolução.

Referências

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. 2003. *FACTS - Prevenção de Acidentes no sector da construção*. Recuperado em 10-mai.-2020 de https://osha.europa.eu/pt/node/7028/file_view
- Agledahl, K., Førde, R., & Wifstad, Å. 2010. Clinical essentialising: A qualitative study of doctors' medical and moral practice. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 13 (2):107-13.
- Aguiar, R. S., Santana, D. de C., & Santana, P. de C. 2015. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 5 (3): 1844-1854.
- Almeida, L., & Freire, T. 2000. *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, O. 2007. *O Consentimento informado na prática do cuidar em Enfermagem*. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Porto.
- Amaral, F. 2012. *Responsabilidade dos hospitais e operadoras de saúde pelos danos causados aos pacientes*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Amorim, M., & Perillo, E. 2009. Condutas éticas nas organizações de saúde. *Educ Contin Saude*, 7 (4, pt 2): 204-5.
- Ander-Egg, E. 1978. *Introducción a las técnicas de investigación social: Para trabajadores sociales* (7a ed.). Buenos Aires: Humanitas.
- Andrade, M. M. 2009. *Introdução à metodologia do trabalho científico: Elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Atlas.
- Antunes, F. L., & Ribeiro, J. L. 2005. Acreditação hospitalar: Um estudo de caso. *Revista Produção Online*, 5 (1): 1-7.
- Anuniação, A. L. da, & Zoboli, E. 2008 Hospital: Valores éticos que expressam sua missão. *Rev Assoc Med Bras*, 54 (6): 522-28.
- Areosa J., 2008, *Risco e análise de riscos: Contributos para a sua conceptualização*», Guimarães, Colóquio internacional de segurança e higiene ocupacionais, SHO, pp. 45-50
- Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. 2000a. *Norma NBR ISO 9000 - Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário*. Recuperado em 10-fev.-2020 de <http://www.standardconsultoria.com/f/files/814048ce04d8cdf2b1ba9438be31009791895463.pdf>
- Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. 2000b. *Norma NBR ISO 9004. - Sistemas de gestão da qualidade - Diretrizes para melhorias de desempenho*. Recuperado em 10-fev.-2020 de <http://www.standardconsultoria.com/f/files/bf0e78debcf1ce2087d14749a5e73fd4901297844.pdf>

- Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. 2015. *Norma NBR ISO 9001:2015 - Sistema de gestão da qualidade – Requisitos*. Recuperado em 10-fev.-2020 de http://www.logfacilba.com.br/iso/iso2015_versao_completa.pdf
- Associação portuguesa de certificações. *Alterações da norma ohsas 18001:2007*. Disponível em: http://www.qualiweb.pt/teste/images/frontpage/artigos/artigo_alteracoes_ohsas18001_2007-apcer_maria.segurado.pdf. Acesso em: 20.10.2020
- Azevedo, M. 2010. Origens da Bioética. *Nascer e Crescer*, 19 (4): 255-9.
- Baker, R. 1999. Codes of ethics: Some history. Perspectives on the professions. *Center for Study of ethics for the professions in the Illinois Institute of Technology (CSEP)*, 19 (1): 28
- Banco Mundial. 2017. *Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*. Brasília, Banco Mundial.
- Barros, A. 2018. *As últimas cinco décadas do sistema de saúde no Brasil, a evolução, os insucessos e o crescente interesse pelo uso da fitoterapia nos serviços públicos de saúde*. Dissertação de pós-graduação. Instituto De Tecnologia Em Fármacos – Farmanguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Barros-Duarte, C., Cunha, L., & Lacomblez, M. 2007. INSAT: Uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3 (2): 54-62.
- Benez, K. 2016. *Responsabilidade civil do estado por erro médico*. Recuperado em 08-fev.-2020 de <http://nakanoadvogados.com.br/2016/07/01/responsabilidade-civil-do-estado-por-erro-medico/>
- Bernardo, G. 2017. *Estudo de boas práticas na implantação de sistema de gestão da qualidade – estudo de caso: Empresa de locação de equipamentos para a construção civil*. Projeto de graduação em Engenharia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Berto, A. M., Uhlmann, V. O., Erdmann, R. H., & Kawase, P. R. 2017. Acreditação hospitalar: Uma complementaridade proveitosa para a gestão da produção. *Sistema & Gestão Revista Eletrônica*, 12 (4): 447-61.
- Bonato, V. L. 2011. Gestão de qualidade em saúde: Melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, 35 (5): 319-31.
- Bonato, V. L. 2013. *Programas de qualidade em hospitais: Estudo no município de São Paulo*. USP: Faculdade de Saúde Pública.
- Brasil. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. 2002. Institui o Código Civil. Recuperado em 07-fev.-2020 de <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91577/codigo-civil-lei-10406-02>
- Brasil. *Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990*. 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Recuperado em 07-fev.-2020 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm
- Brasil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 03-fev.-2020 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Brasil. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 03-fev.-2020 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

Brasil. *Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993*. 1993. Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. 2000. *Sistema Único de Saúde (SUS) – Serviço de saúde*. Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. 2002. *Manual brasileiro de acreditação hospitalar* (3a ed). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. 2011. *Cadernos HumanizaSUS* (Vol. 3). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. s./d. *Ações e Programas*. Recuperado em 08-fev.-2020 de <https://saude.gov.br/acoes-e-programas>

Buckovich, S., Rippen, H., & Rozen, M. 1999. Driving toward guiding principles: A goal for privacy, confidentiality, and security of health information. *J Am Med Inform Assoc*, 6 (2): 122-33.

Cabral, F. 2011. *Segurança e saúde do trabalho - Manual de prevenção de riscos profissionais*. Lisboa: Verlag Dashöfer Portugal.

Camarena, P. Metodología curricular para las ciencias básicas en ingeniería. *Revista Innovación Educativa*, vol. 2, n. 10 e n. 11, pp. 22-28 e 4-12, 2002

Carapeto, C., & Fonseca, F. 2012. *Ética e deontologia – Manual de formação*. Recuperado em 11-mai.-2020 de https://www.oet.pt/downloads/informacao/Etica_Deontologia-Manual_Formacao.pdf

Carvalho, G. F.; Poli, M. H.; Clementel, F. K., Gauer, G. C., Marques, G. H., Silveira, I. G., Piccoli, J. M.; Pithan, L. H., Guilhermano, L. G., Ferreira, M., Bonhemberger, M.; Figueiredo, M. A. Z. de, Gil, M. E., Badalotti, M., Debiasi, M., Souza, P. V. S. de, Kik, R. M. El, Petersen, V. M., & Kipper, D. J. 2017. Recomendações para a proteção da privacidade do paciente. *Rev. bioét*, 25 (1): 39-43.

Castro, R. R., Faria, A. F., Abreu, D. C., & Christiano, E. B. 2017. O código de ética profissional sob a perspectiva dos alunos do curso de Administração da FACISABH. *Revista de Administração do UNISAL*, 7 (12): 38-56.

Cavalcante, T. R., Estender, A. C., & Vanzo, G. 2014. Planejamento Estratégico: Com Foco na Gestão Hospitalar. *XI SEGeT - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*. Resende, RJ, Brasil, 24.

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. 2005. *Acidentes de trabalho e doenças profissionais em Portugal: Risco profissional - fatores e desafios*. Recuperado em 19-mai.-

- Chang, D., & Kleiner, B. 2001. Discrimination and harassment in the health care industry. *Equal Opportunities International*, 20 (5-7): 112-6.
- Chaves, S., & Campello, M. 2016. A qualidade e a evolução das normas série ISO 9000. *XIII SEGeT - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*. Resende, RJ, Brasil, 24.
- Cherman, A., & Tomei, P. 2005. Códigos de ética corporativa e a tomada de decisão ética: Instrumentos de gestão e orientação de valores organizacionais? *RAC*, 9 (3): 99-120.
- Cherubin, N. A., & Santos, N.A. 2010. *Administração hospitalar: Fundamentos*, cap. 8. São Paulo: CEDAS.
- Cogo, S. B., Lunardi, V. L., Quintana, A. M., Girardon-Perlini, N. M. O., & Silveira, R. S. da. 2016. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (6): 1031-8.
- Constituição Federal de 1988. 1988. Recuperado em 03-fev.-2020 de http://www.lex.com.br/doc_82188_constituicao_da_republica_federativa_do_brasil_de_1988.aspx
- Cooper, C. L. 2001 *Identifying workplace stress: Costs, benefits and the way forward*. Brussels: European Foundation for the improvement of living and working conditions.
- Correia, L. C., Mélo, M. A., & Medeiros, D. D. 2006. Modelo de diagnóstico e implementação de um sistema de gestão da qualidade: Estudo de um caso. *Production*, 16 (1), 111-25.
- Costa, A. 2003. Responsabilidade Civil Médica. *Rev. Fund. Esc. Super. Miniat. Público Dis. Fed. Territ*, 11: 7-49.
- Coster, De M. & Pichault, F. (1994). *Traité de Sociologie du Travail*. Bruxelles: De Boeck.
- Croce, D. 2002. *Erro médico e Direito*. São Paulo: Saraiva.
- Cunha, L. 2012. *A responsabilidade civil por atos da administração pública*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona do Porto, Porto.
- Cunha, R. 2019. *Erro médico: Responsabilidade subjetiva à luz das decisões do TJSC no ano de 2018*. Trabalho de conclusão de bacharelado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Daher, M. 2016. *Patients Rights*. Encyclopedia of Global Bioethics, pp. 2165-72.
- Dallora, M. 2007. *Gerenciamento de custos de material de consumo em um hospital de ensino*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Dechambenoit, Pierre; Durola, Fabien; Bock, Harald; De Souza, Bernardo; Bechtold, Ivan H. *Persistent solid-state phosphorescence and delayed fluorescence at room temperature from a twisted hydrocarbon*. *Angewandte Chemie-International Edition*, v. 58, p. 6982-6986, 2017
- Dias, M. O. 2014. Ética, organização e valores ético-morais em contexto organizacional. *Gestão e Desenvolvimento*, 22: 89-113.

- Dias, O., Gomes, L., Barbosa, T., Souza, L., Trocha, A., & Costa, S. 2013. Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos. *Rev. bioét.*, 21 (3): 448-54.
- Dinis, D., & Costa, S. 2004. *Morrer com dignidade: Um direito fundamental*. (Série Anis 34). Brasília: Letras Livres.
- Domênico, A. di, & Domênico, C. di. 2014. Ética na docência do ensino superior. *Agora Revista Eletrônica*, 9 (18): 15-22.
- Domingues, S., Almeida, N. M., & Sousa, V. 2012. *Gestão do risco - A perspectiva da empresa de construção*. Paper apresentado no Congresso Construção, Coimbra.
- Faber, M., & Stewart, H. 2003. Risk assessment for civil engineering facilities: Critical overview and discussion. *Reliability Engineering and System Safety*, 80: 173-84.
- Ferreira, G. B., & Dias, C. C. 2017. A importância da qualidade de vida no trabalho e da motivação dos colaboradores de uma organização. *Rev. Psicol Saúde e Debate*, 3 (2): 30-43.
- Ferreira, R. 2007. A ética (na gestão). *Contabilidade e Gestão – Revista Científica Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas*, 4: 5-16.
- Fontinele, J. K. 2012. *Administração Hospitalar*, cap. 1. Goiânia: AB Editora.
- Forester-Miller, H., & Davis, T. E. 2016. *Practitioner's guide to ethical decision making*. Recuperado em 05-fev.-2020 de <https://www.counseling.org/docs/default-source/ethics/practitioner-39-s-guide-to-ethical-decision-making.pdf>
- Fortin, M. 2009. *O processo de investigação à realização*. Loures: Lusociência.
- Freitas-Aznar, A. R., Capelozza, A. L. A., Aznar, F. D. da C., Soares, L. A. V., Jr., & Santos, P. S. da S. 2016. A bioética no contexto da Odontologia Hospitalar: Uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Odontologia*, 73 (4): 311-4.
- Freixo, M. 2012. *Metodologia científica - Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Garcia D. 2011. La deliberación moral en bioética: Interdisciplinariedad, pluralidad, especialización. *Ideas y Valores*, 60 (147): 25-50.
- Germano, A. 2003. *O mau comportamento e a má ética. Aspectos da filosofia da conduta nas organizações*. Dissertação de mestrado. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- Gil, A. C. 1999 *Como elaborar projetos de pesquisa* (3a ed.). São Paulo: Atlas.
- Goethals, S., Casterlé, B. D. de, & Gastmans, C. 2013. Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *Med Health Care Philos*, 16 (4): 983-91.
- Goldim, J., & Francisconi, C. 1995. Os comitês de ética hospitalar. *Revista de Medicina ATM*, 15 (1): 327-34.

- Gomes, E. G. 2009. *Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais*. Tese de Doutorado em Administração Pública e Governo. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.
- Gonçalves, N. E., Camelo, S. H., Soares, M. I., Leal, L. A., & Vassinon, H. S. 2017. Competências profissionais do nutricionista hospitalar e estratégias para potencializá-las. *Cienc Cuid Saude*, 16 (4): 1-7.
- Gracia, D. 2003. Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care Philos*, 6 (3): 227- 33.
- Grissom, J., Viano, S., & Selin, J. 2015. Understanding employee turnover in the public sector: Insights from research on teacher mobility. *Public Administration Review*, 76 (2): 241-51.
- Grönroos, C. 1995. *Marketing, gerenciamento e serviços: A competição por serviços na hora da verdade*. Rio de Janeiro: Campus.
- Guedes, H., & Castro, M. 2009. Atenção hospitalar: Um espaço produtor do cuidado integral em saúde. *Serv.Soc. Rev.*, 12 (1): 4-26.
- Guerra, M. 2011. *Análise de desempenho de organizações hospitalares*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Gupta, U. 2013. Informed consent in clinical research: Revisiting few concepts and areas. *Perspect Clin Res*. 4 (1): 26-32.
- Habes, H. 2017. *Responsabilidade civil por erro médico*. Trabalho de conclusão de bacharelado. Centro Universitário Toledo, Araçatuba, SP, Brasil.
- Harrison, J. S., & John, C. H. 2014. *Foundations in strategic management*. EUA: Cengage Learning.
- Hoyle, D. 2018. *ISO 9000 quality systems handbook: Increasing the quality of an organization's outputs*. New York: Routledge.
- Huhn, S. A., & Vargas, S. M. 2016. Plano de proteção radiológica e responsabilidade ética. *Brazilian Journal of Radiation Sciences*, 4 (1A): 1-7.
- Hussein, Z. 2017. *Citando Brasil, comissário da ONU alerta para vínculo entre corrupção e perda de direitos*. Recuperado em 03-fev.-2020 de <https://nacoesunidas.org/citando-brasil-comissario-da-onu-alerta-para-vinculo-entre-corrupcao-perda-direitos/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2020. *População do Brasil*. Recuperado em 03-fev.-2020 de https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_popclock.php
- International Organization for Standardization – ISO. 2015. Norma 9001: Sistema de gestão da qualidade. Disponível em: <https://www.apcergroup.com/pt/certificacao/pesquisa-de-normas/81/iso-9001> [consultado a 10.02.2020]
- Irvine, R., Kerridge, I., & McPhee J. 2004. Towards a dialogical ethics of interprofessionalism. *J Postgrad Med*, 50 (4): 278-80.
- Kaye J. 2012. The tension between data sharing and the protection of privacy in genomics research. *Ann Rev Genomics Hum Genet.*, 13: 415-31.

- Kessler, D. 2011. Evaluating the medical malpractice system and options for reform. *J Econ Perspect*, 25 (2): 93-110.
- Kifle, T., Parvinder, K., & Shankar, S. 2017. *Underemployment and its impact on job satisfaction: An Australian study on part-time employment*. Discussion Papers in Economics economics:201712, Griffith University, Department of Accounting, Finance and Economics. Working Paper no. 2017-12.
- Kihara, E. & Monutti, E. s/d. *Fraudes no sistema privado de saúde do Brasil*. Recuperado em 03-fev.-2020 de <https://www.pwc.com.br/pt/sala-de-imprensa/artigos/fraudes-no-sistema-privado-de-saude-do-brasil.html>
- Kortum, E. 2007. Work-related stress and psychosocial risks: Trends in developing and newly industrialized countries. *The Global Occupational Health Network Newsletter*, Special Issue, pp. 25-28
- Kotler, P. 1988. *Marketing*. São Paulo: Atlas.
- Lakatos, E., & Markoni, M. 1991. *Metodologia científica* (2a ed.). São Paulo: Editora Atlas, S. A.
- Leggat, S. 2007. Effective healthcare teams require effective team members: Defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res*, 7: 1-17.
- Levine, D. M., Stephan, D. F., Krehbiel, T. C., & Berenson, M. L. 2008. *Estatística – Teoria e aplicações* (5a ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Lovelock, C., & Wright, L. 2003. *Serviços: Marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva.
- Ludke, M., & André, M. E. 1986. *Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U.
- Luiz, O. 2005. Direitos e equidade: Princípios éticos para a saúde. *Arq Med ABC*, 30 (2): 69-75.
- Maia, C. 2011. *Ética e deontologia profissional: Um estudo alargado à educação* (3a ed.). Chaves: SNPL.
- Mamun, C. A., & Hasan, N. 2017. Factors affecting employee turnover and sound retention strategies in business organization: A conceptual view. *Problems and Perspectives in Management*, 15 (1): 63-71.
- Mangilli, D. C., Assunção, M. T., Zanini, M. T., Dagostini, V. A., & Soratto, M. T. 2017. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. *Enfermagem em Foco*, 8 (1): 62-6.
- Manoharan, A., & Singal, M. 2019. Organizational effectiveness in hospitality: Managers perspectives. *International Journal of Hospitality Management* 80: 123-5.
- Manto, R. 2017. *Avaliação do nível de satisfação no trabalho dos colaboradores de uma cooperativa de crédito catarinense*. Trabalho de conclusão de bacharelado. Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil.

- Manzo, B. F. 2009. *O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Marchi, C. 2016. A culpa e o surgimento da responsabilidade objetiva: Evolução histórica, noções gerais e hipóteses previstas no Código Civil. *Revista dos Tribunais*, 964: 1-15.
- Marconi, A. 2015. A responsabilidade civil médico-hospitalar e o erro médico. Trabalho de conclusão de bacharelado. Centro Universitário Toledo, Araçatuba, SP, Brasil.
- Marques, L. F., & Silva, M. A. 2007. A gestão de pessoas na acreditação hospitalar. *I Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho*. Natal, RN.
- Matos, E., Pires, D., & Campos, G. 2009. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: Contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6): 775-81.
- Matos, S. 2014. *Riscos psicossociais em trabalhadores na Arábia Saudita*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- McGuire, A. L., Fisher, R., Cusenza, P., Hudson, K., Rothstein, M. A., McGraw, D., Matteson, S., Glaser, J., & Henley, D. E. 2008. Confidentiality, privacy, and security of genetic and genomic test information in electronic health records: Points to consider. *Genet Med.*, 10 (7): 495-9.
- MedScape. 2016. *What is medical ethics, and why is it important?* Recuperado em 6.02.2020 de <https://www.medscape.com/courses/section/898060>
- Mello, C. 2014. *Curso de Direito Administrativo* (31a ed.). São Paulo: Malheiros.
- Menezes, J. 2013. *O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde de um hospital privado em Macapá – Estudo de caso*. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Mercier, S. 2003. *A ética nas empresas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Mertens, D. M. 1998. *Research methods in education and psychology: Integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*. London: Sage.
- Mintzberg, H.. *Criando organizações eficazes*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003
- Monteiro, J. K., Santo, F. C. E., & Bonacina, F. 2005. Valores, ética e julgamento moral: Um estudo exploratório em empresas familiares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2): 237-46.
- Morais, C. 2005. *Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística*. Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Educação.
- Moreira, R. C., Ferreira, M. M., Magalhães, D. V., Costa, D. E., & Neto, L. 2019. Valorização e motivação: Elementos que fazem a diferença na satisfação dos colaboradores da gestão pública. *Revista Valore*, 4 (Edição Especial):588-99.
- Nogueira, J., Loureiro, R., & Silva, E. 2014. O homem, a ciência e a bioética. *Millenium – Viseu*, 30: 19-26.

- Nosella, P. 2008. Ética e pesquisa. *Educação e Sociedade*, 29 (2): 255-73.
- Oliveira, A. 2013. *Problemas éticos vivenciados por enfermeiros e médicos na estratégia Saúde da Família*. Tese de doutoramento. Universidade do Porto, Porto.
- Oliveira, A., & Capanema, F. 2009. Ética, bioética e deontologia em pesquisas envolvendo seres humanos. *Rev Med Minas Gerais*, 19 (4 Supl 4): 12-7.
- Özcan, K., Özkara, B., & Kizildag, D. 2011. Discrimination in health care industry: A research on public hospitals. *Equality Diversity and Inclusion: An International Journal*, 30 (1): 22-40.
- Öztaş, A., & Ökmen, Ö. 2004. Judgmental risk analysis process development in construction projects. *Building and Environment*, 40 (9): 1244-54.
- Parayitam, S., & Dooley, R. 2007. The relationship between conflict and decision outcomes: Moderating effects of cognitive- and affect-based trust in strategic decision-making teams. *International Journal of Conflict Management*, 18 (1): 42-73.
- Pasetto, C., & Rothbarth, S. 2012. Ocorrências éticas em ambiente hospitalar e as percepções dos profissionais. *Cogitare Enfer*, 17 (4): 655-60.
- Pimentel, T. S., Carvalho, C. B., & Fontes, I. S. 2018. Auditoria de enfermagem na avaliação da gestão de qualidade no SUS: Uma revisão não sistemática da literatura. *Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes - SEMPESq*, 19.
- Pires, A. 2008. Ética e cuidar em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 72: 47-49.
- Precioso, S. 2014. *A certificação de serviços de informação em instituições hospitalares: o caso do Centro Hospitalar São João, EPE*. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Porto.
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. 2009. *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Novo Hamburgo: Feevale.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. van. 1998. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Raharjo, H., Mugion, R., Pietro, L. di, & Toni, M. 2016. Do satisfied employees lead to satisfied patients? An empirical study in an Italian hospital. *Total Quality Management & Business Excellence* 27 (7-8): 853-74.
- Ramos, M. 2018. *Ética corporativa e a tomada de decisão ética: O código de ética como instrumento de orientação dos valores empresariais*. Dissertação de mestrado. Faculdade EST – Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Raus K, Mortier E, Eeckloo K. *Organizing Health Care Networks: Balancing Markets, Government and Civil Society*. *International Journal of Integrated Care*. 2018;18(3):6. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.3960> [consultado a 10.02.2020]
- Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. 2018. Organizing health care networks: Balancing markets, government and civil society. *International Journal of Integrated Care*, 18 (3), 6: 1-7.

- Ravioli, A. F. 2018. *Uma proposta de tipologia das organizações sociais qualificadas para atuação na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Rego, A., Araújo, B., & Serrão, D. 2014. Validação do questionário de eticidade na gestão hospitalar. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 13: 83-101.
- Rego, A., Araujo, B., & Serrão, D. 2015. The impact of hospital organization in the ethical act of hospital management. *Journal of Hospital Administration*, 4 (6): 14-20.
- Rego, S., Palácios, M., & Siqueira-Batista. 2009. *Bioética para profissionais da saúde*. (Coleção Temas em Saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ribeiro, A. - *Teorias da Administração*. S. Paulo: Saraiva, 2014
- Ribeiro, A. C., & Silva, Y. B. 2016. Enfermagem pré-hospitalar no suporte básico de vida: postulados ético-legais da profissão. *Cogitare Enfermagem*, 21 (1): 1-8.
- Rocha, L. 2009. *Variáveis mercadológicas componentes de um sistema de informações de marketing: Estudo de caso em uma empresa inovadora*. Dissertação de mestrado. Universidade FUMEC – Fundação Mineira de Educação e Cultura, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Rodwin, M. 1993. *Medicine, money, and morals: Physicians' conflicts of interest*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Rohmann, C. *O livro de idéias*. São Paulo, Campus, 2008
- Rolim, L. B., Cruz, R. S., & Sampaio, K. J. 2013. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: Uma revisão narrativa. *Saúde debate [online]*, 37 (96): 139-47.
- Roxo, M. 2013. *Segurança e Saúde do Trabalho: Avaliação e controlo de riscos*. Coimbra: Almedina.
- Ryn, M. van, & Burke, J. 2000. The effect of patient race and socio-economic status on physician's perceptions of patients. *Social Science and Medicine* 50: 813-28.
- Salu, E. 2014. *Administração hospitalar no Brasil*. São Paulo: Barueri.
- Salvi, A. 2017. *A ética nas organizações*. Recuperado em 06-fev.-2020 de <https://www.abrhbrasil.org.br/cms/materias/artigos/a-etica-nas-organizacoes/>
- Santana, J. Jr., & Gambero, V. 2015. *Ética na gestão hospitalar*. Recuperado em 20-mai.-2020 de <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2015/trabalho-1000021088.pdf>
- Santos, A. 2018. *O papel da gestão de pessoas nas organizações públicas em saúde*. Dissertação de especialização. Universidade Federal de Santa Maria, Picada Café, RS, Brasil.
- Santos, M. 2012. *Impato do financiamento na eficiência hospitalar*. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Porto.
- Sarcedo, L., & Raicher, J. A. 2010. A responsabilidade penal do empregador. *Revista de Ciências Jurídicas e Econômicas*, 2 (2): 218-37.

- Schiesari, L. M. 1999. *Cenário de acreditação hospitalar no Brasil: Evolução histórica e referências externas*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Schuh, C., & Albuquerque, I. 2009. A ética na formação dos profissionais da saúde: Algumas reflexões. *Revista Bioética*, 17 (1): 55-60.
- Sedig, L. 2016. What's the role of autonomy in patient- and family-centered care when patients and family members don't agree? *American Medical Association Journal of Ethics*, 18 (1): 12-7.
- Seoane, A., & Fortes, P. 2014. Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, 23 (4): 1408-16.
- Showkat, N., & Parveen, H. (2017). *Non-probability and probability sampling*. E-PG Pathshala, 1-9. Retrieved from <https://www.researchgate.net/> acesso 20.02.2020
- Silva R. B., & Silva, M. C. 2016. Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: Uma revisão de literatura. *Revista de Enfermagem da FACIPLAC*, 2 (2): 1-25.
- Silva, A. C., Oliveira, M. R., Sales, D. R., Silva, M. L., Silva, R. A., & Santos, A. C. 2018. Reflexões sobre o fim da vida: Ética em cuidados paliativos. *Revista Saúde – UNG Ser 12* (1): 22-9.
- Silva, E. C. 2013. *Proposição de um método de gestão da satisfação dos clientes baseado na integração das normas ISSO 9001, ISO/TS 16949 e NBR 15100*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
- Silva, K., Mello, D., Ribeiro, R., & Roquete, F. 2015. Tomada de decisão em situação de recursos escassos: Uma discussão bioética. *Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, 18.
- Silva, R. 2009. *Estrutura organizacional e funcional de um ginásio. Estudo de caso do Virgin Active*. Trabalho de conclusão de licenciatura. Universidade do Porto, Porto.
- Silva, R. M. 2019. *Gestão hospitalar e meio ambiente: uma reflexão sobre os processos de gerenciamento de efluentes em lavanderias hospitalares*. Trabalho de conclusão de bacharelado. Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil.
- Silva, T. C. 2014. *Análise descritiva aplicada aos principais crimes ocorridos no município de Campina Grande-PB em 2012 e 2013*. Trabalho de conclusão de bacharelado. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.
- Singer, P. 2011. *Practical ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., Araújo, M., & Fabela, S. 2005. *Acidentes de trabalho e doenças profissionais em Portugal: Riscos profissionais - fatores e desafios*. (Coleção Estudos CRP). V. N. Gaia: Estudos CPRG.
- Sousa, L. 2016. *Responsabilidade civil do médico por erro de diagnóstico*. Dissertação de mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. 2016. The New Era of Informed Consent Getting to a Reasonable-Patient Standard Through Shared Decision Making. *JAMA*, 315 (19): 2063-4.
- Stansfeld, S., & Candy, B. 2006. Psychosocial work environment and mental health – A meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32: 443-62.
- Szeptuch, A. 2016. The measurement of organizational culture in health organizations. *E-Mentor*, 3: 60-7.
- Taylor, K., & Green, N. 2015. Psychosocial risk factors: What are they and why are they important? *Wellnomics - White Paper*, 2: 1-9.
- Thébaud-Mony, A. .2010. Riscos. *Laboreal*, 6 (1): 72-3.
- Trau, J., & McCartney, J. 1993. In the best interest of the patient. *Health Progress*, 50-7.
- Udelsmann, A. 2002. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48 (2): 172-82.
- Valls, A. 2006. *O que é ética*. (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense.
- Vázquez, A. 1995. *Ética*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- Vendemiatti, M., Siqueira, E., Filardi, F., Binotto, E., & Simioni, F. 2010. Conflito na gestão hospitalar: O papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1): 1301-14.
- Vendruscolo, F. 2019. *Oferta e gestão dos serviços de atenção primária da saúde: Elaboração da cadeia de valor para uma cooperativa médica de Chapecó-SC*. Trabalho de conclusão de bacharelado. Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil.
- Vergara, S. C. 1997. *Projetos e relatórios de pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas.
- Viegas, A. P., Carmo, R. F., & Luz, Z. M. 2015. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc.* 24 (1): 100-12.
- William, C. 2007. Research Methods. *Journal of Business & Economic Research*, 5 (3): 65-72.
- Wolf, Z., & Hughes, R. 2008. Error reporting and disclosure. In R. G. Hughes (editor), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*, ch. 35. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Anexos

Anexo A - Questionário “Ética e Gestão Hospitalar: uma reflexão baseada na percepção dos profissionais de saúde”

Prezado(a) senhor(a): esta pesquisa com enfoque na área de Gestão em Saúde, tendo como autora Deborah Motta de Carvalho Haringer, destina-se a análise das respostas fornecidas por profissionais de saúde que atuam em um setor de um hospital público. O tema abordado será a percepção no que se refere aos princípios éticos enfrentados no cotidiano destes profissionais e a repercussão na gestão da referida instituição. Não haverá identificação dos inquiridos, tendo em vista o caráter sigiloso e confidencial e por se tratar de uma pesquisa quantitativa. Será composta por 45 perguntas, sendo que ao final o inquirido poderá expressar de forma sucinta sua opinião sobre o tema.

A. DADOS DEMOGRÁFICOS

A.1. Sexo

- a) masculino
- b) feminino

A. 2. Idade

A. 3. Nacionalidade

B. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

B. 4. Habilitações acadêmicas

- a) Ensino Fundamental Incompleto
- b) Ensino Fundamental Completo
- c) Ensino Médio Incompleto
- d) Ensino Médio Completo
- e) Licenciatura
- f) Pós Graduação
- g) Especialização
- h) Mestrado
- i) Doutorado
- j) Outro, qual? _____

B. 5. Função

- a) Médico
- b) Enfermeiro
- c) Administrativo operacional
- d) Administrativo
- e) Técnica enfermagem
- f) Serviço de apoio técnico
- g) Dentista
- h) Outro, qual? _____

B. 6. Cargo

- a) Rotina
- b) Plantonista
- c) Comissionado

B. 7. Tempo de serviço no exercício da profissão

- a) Menos de 1 ano
- b) 1-5 anos
- c) 6- 10 anos
- d) 11-15 anos
- e) 16-20 anos
- f) 21-25 anos
- g) Mais de 25 anos

B. 8. Tipo de contrato

- a) Efetivo
- b) Prestação de serviço
- c) Contrato temporário

C. PRÁTICAS ÉTICAS NA ROTINA DE TRABALHO:

Neste Hospital:

C. 9. Com frequência os pacientes são tratados de forma justa? (favorecer um paciente em relação ao outro, atendimento diferenciado em razão da classe social ou influência externa)

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei/ Prefiro não responder

C.10. Segue-se primeiramente as ordens superiores do que fazer o melhor para o paciente. (aceita-se ordens não seguindo critérios decididos em equipe)

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo parcialmente
- c) Concordo parcialmente
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei/ Prefiro não responder

C. 11. A ética está presente nas decisões dos profissionais. (considerando como ética, fazer o que é certo)

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo parcialmente
- c) Concordo parcialmente
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei/ Prefiro não responder

C. 12. Reluto em discutir questões éticas.

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo parcialmente
- c) Concordo parcialmente
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei/ Prefiro não responder

C. 13. A gestão mantém promessas e compromissos. (respeitar as decisões em equipe fornecendo tratamento igual para todos profissionais)

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo parcialmente
- c) Concordo parcialmente
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei/ Prefiro não responder

C. 14. É dado seguimento a problemas éticos reportados pelos profissionais. (situações em que geram conflitos de opiniões e consequentemente decisões pouco acertadas)

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo parcialmente
- c) Concordo parcialmente
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei/Prefiro não responder

C. 15. Está familiarizado com o serviço de ética do Hospital? (está familiarizado que todo profissional poderá ter acesso ao Comitê de Ética e Pesquisa e ao Comitê de Ética Médica do Hospital)

- a) Nada familiarizado
- b) Não muito familiarizado
- c) Moderadamente familiarizado
- d) Muito familiarizado
- e) Não sei / Prefiro não responder

C. 16. Quando enfrenta problemas éticos, qual a probabilidade de usar o serviço de ética do Hospital ? (situações que fogem a sua rotina de trabalho ou de credibilidade questionáveis, que refletem no ambiente profissional)

- a) Nada provável
- b) Não muito provável
- c) Moderadamente provável
- d) Muito provável
- e) Não sei / Prefiro não responder

D. PRÁTICAS ÉTICAS NA PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE DO PACIENTE:

Neste Hospital, com que frequência:

D. 17. As informações privadas referentes ao paciente são discutidas com todos os profissionais independentemente do seu envolvimento com o cuidado deste paciente. (resposta aplicável a todos os profissionais envolvidos)

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

D. 18. A documentação com informação identificável dos pacientes permanece em local de acesso fácil aos pacientes, familiares ou a profissionais não envolvidos com o tratamento. (tais como prontuários físicos, prescrições, registos em pulseiras ou quadros com dados de identificação, diagnósticos e procedimentos)

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

D. 19. As telas dos computadores permanecem abertas com os registos dos pacientes visíveis.

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

D. 20. Há palestras, cursos ou banners relativos privacidade e confidencialidade.

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

E. PRÁTICAS ÉTICAS EM ALOCAÇÃO DE RECURSOS:

Neste Hospital:

E. 21. Com que frequência o controle de custos prejudica o atendimento de qualidade ao paciente? (em relação ao material dispensado para sua rotina, de qualidade inferior prejudicando a eficiência do seu trabalho)

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

E. 22. Com que frequência a gestão comunica as razões da alocação dos recursos?

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

E. 23. Com frequência as decisões para alocação dos recursos são de acordo com a vantagem financeira e não de acordo com a ética? (refere-se à redução do custo e não no recurso correto a ser utilizado)

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

E. 24. Você considera justa a alocação de recursos entre programas e serviços?

- a) Nada justa
- b) Não muito justa
- c) Moderadamente justa
- d) Muito justa
- e) Não sei / Prefiro não responder

E. 25. Você considera a consistência entre a alocação de recursos e a missão e valores do Hospital.

- a) Nada boa
- b) Não muito boa
- c) Moderadamente boa
- d) Muito boa
- e) Não sei / Prefiro não responder

E. 26. Você entende os processos de tomada de decisão para alocar recursos?

- a) Nada bem
- b) Não muito bem
- c) Moderadamente bem
- d) Muito bem
- e) Não sei / Prefiro não responder

E. 27. Como você considera sua formação nos aspectos éticos relacionados a alocação de recursos?

- a) Nada boa
- b) Não muito boa
- c) Moderadamente boa
- d) Muito boa
- e) Não sei / Prefiro não responder

F. PRÁTICAS ÉTICAS NA GESTÃO:

Neste Hospital:

F. 28. Os gestores preocupam-se mais com os indicadores de desempenho do Hospital, do que fazer o certo para o paciente.

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo
- c) Concordo
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei / Prefiro não responder

F. 29. Os gestores preocupam-se com o comportamento ético mesmo quando pressionados.

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo
- c) Concordo
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei / Prefiro não responder

F. 30. As decisões de contratação e promoção respeitam padrões éticos.

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo
- c) Concordo
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei / Prefiro não responder

F. 31. Com que frequência os gestores dão o feedback positivo a posturas éticas?

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

F. 32. Os gestores não toleram retaliações ao relatar uma potencial violação ética.

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo
- c) Concordo
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei / Prefiro não responder

F. 33. Com frequência os gestores impedem a admissão de profissionais com posturas éticas questionáveis?

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

F. 34. Os gestores comunicam que a ética é uma prioridade.

- a) Nada bem
- b) Não muito bem
- c) Moderadamente bem
- d) Muito bem
- e) Não sei / Prefiro não responder

F. 35. Os gestores consideram as opiniões da equipe quando tomam decisões com implicações éticas.

- a) Nada bem
- b) Não muito bem
- c) Moderadamente bem
- d) Muito bem
- e) Não sei / Prefiro não responder

F. 36. Os gestores consideram as opiniões dos mais experientes quando tomam decisões com implicações éticas.

- a) Nada bem
- b) Não muito bem
- c) Moderadamente bem
- d) Muito bem
- e) Não sei / Prefiro não responder

F. 37. Seu superior hierárquico considera a conduta ética na avaliação de desempenho?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei / Prefiro não responder

G. CONFORMIDADE E INTEGRIDADE NA GESTÃO:

Neste Hospital:

G. 38. Com que frequência recebe comunicações da gerência que causam incertezas ou preocupações éticas?

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

G. 39. Com que frequência as relações interpessoais entre profissionais influenciam negativamente as decisões da gestão?

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

G. 40. Os profissionais têm a liberdade de conversar com seus superiores hierárquicos sobre preocupações éticas sem temer medidas de retaliação.

- a) Discordo totalmente
- b) Discordo
- c) Concordo
- d) Concordo totalmente
- e) Não sei / Prefiro não responder

G. 41. Com que frequência você se sente confortável relatando uma não conformidade ou uma violação a um superior hierárquico?

- a) Quase nunca
- b) Ocasionalmente
- c) Cerca de metade dos casos
- d) Normalmente
- e) Quase sempre
- f) Não sei / Prefiro não responder

G. 42. Você já reportou condutas que violam a lei ou padrões de conduta ética?

- a) Sim (continuar)
- b) Não (passe à secção H)
- c) Não sei (passe à secção H)

G. 43. Qual a sua satisfação com a resposta ao que foi reportado?

- a) Muito insatisfeito
- b) Insatisfeito
- c) Nem satisfeito e nem insatisfeito
- d) Satisfeito
- e) Muito satisfeito
- f) Não sei / Prefiro não responder

H. OPINIÃO GLOBAL:

H. 44. Como você classificaria seu Hospital do ponto de vista da ética – nada ético ou excepcionalmente ético, em uma escala de 0 a 10?

H. 45. Baseado na sua percepção ou experiência deixe algumas considerações e/ou opiniões gerais sobre o comprometimento ético do Hospital.

Sua resposta -----

Anexo B – Respostas do Questionário

C. 9. Com frequência os pacientes são tratados de forma justa? (favorecer um paciente em relação ao outro, atendimento diferenciado em razão da classe social ou influência externa)

Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	3	7,5%	23	16,3%
Ocasionalmente	10	25,0%	29	20,6%
Cerca de metade dos casos	1	2,5%	7	5,0%
Normalmente	19	47,5%	54	38,3%
Quase sempre	5	12,5%	22	15,6%
Prefiro não responder	2	5,0%	6	4,3%

Idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	4,8%	10	11,8%	14	20,6%	1	14,3%
Ocasionalmente	5	23,8%	16	18,8%	15	22,1%	3	42,9%
Cerca de metade dos casos	2	9,5%	6	7,1%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	8	38,1%	35	41,2%	28	41,2%	2	28,6%
Quase sempre	4	19,0%	13	15,3%	9	13,2%	1	14,3%
Prefiro não responder	1	4,8%	5	5,9%	2	2,9%	0	,0%

Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	10	15,4%	12	12,4%	4	21,1%
Ocasionalmente	14	21,5%	18	18,6%	7	36,8%
Cerca de metade dos casos	3	4,6%	5	5,2%	0	,0%
Normalmente	27	41,5%	38	39,2%	8	42,1%
Quase sempre	9	13,8%	18	18,6%	0	,0%
Prefiro não responder	2	3,1%	6	6,2%	0	,0%

Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em enfermagem		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	14	20,0%	6	14,6%	2	7,1%	4	10,0%
Ocasionalmente	13	18,6%	9	22,0%	4	14,3%	13	32,5%
Cerca de metade dos casos	2	2,9%	3	7,3%	2	7,1%	1	2,5%
Normalmente	28	40,0%	14	34,1%	14	50,0%	16	40,0%
Quase sempre	10	14,3%	7	17,1%	5	17,9%	5	12,5%
Prefiro não responder	3	4,3%	2	4,9%	1	3,6%	1	2,5%

Tempo de Serviço	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	7,1%	1	5,3%	6	15,8%	3	13,6%	3	10,3%	12	20,3%
Ocasionalmente	4	28,6%	5	26,3%	5	13,2%	4	18,2%	7	24,1%	14	23,7%
Cerca de metade dos casos	2	14,3%	0	,0%	3	7,9%	2	9,1%	1	3,4%	0	,0%
Normalmente	3	21,4%	9	47,4%	17	44,7%	9	40,9%	14	48,3%	21	35,6%
Quase sempre	4	28,6%	3	15,8%	5	13,2%	3	13,6%	2	6,9%	10	16,9%
Prefiro não responder	0	,0%	1	5,3%	2	5,3%	1	4,5%	2	6,9%	2	3,4%

Tipo de Contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	24	16,4%	2	14,3%	0	,0%
Ocasionalmente	28	19,2%	4	28,6%	7	33,3%
Cerca de metade dos casos	5	3,4%	0	,0%	3	14,3%
Normalmente	60	41,1%	6	42,9%	7	33,3%
Quase sempre	22	15,1%	2	14,3%	3	14,3%
Prefiro não responder	7	4,8%	0	,0%	1	4,8%

Habilitação profissional	Ensino Médio		Graduação /		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	4,8%	0	,0%	12	17,4%	10	16,7%	3	15,8%
Ocasionalmente	5	23,8%	3	25,0%	13	18,8%	12	20,0%	6	31,6%
Cerca de metade dos casos	2	9,5%	0	,0%	2	2,9%	4	6,7%	0	,0%
Normalmente	10	47,6%	7	58,3%	26	37,7%	22	36,7%	8	42,1%
Quase sempre	2	9,5%	2	16,7%	13	18,8%	10	16,7%	0	,0%
Prefiro não responder	1	4,8%	0	,0%	3	4,3%	2	3,3%	2	10,5%

**C.10. Segue-se primeiramente as ordens superiores do que fazer o melhor para o paciente.
(aceita-se ordens não seguindo critérios decididos em equipe)**

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	6	28,6%	20	23,5%	28	41,2%	3	42,9%
Discordo parcialmente	10	47,6%	36	42,4%	16	23,5%	1	14,3%
Concordo parcialmente	5	23,8%	15	17,6%	16	23,5%	2	28,6%
Concordo totalmente	0	,0%	8	9,4%	7	10,3%	1	14,3%
Prefiro não responder	0	,0%	6	7,1%	1	1,5%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	28	43,1%	24	24,7%	5	26,3%
Discordo parcialmente	19	29,2%	39	40,2%	5	26,3%
Concordo parcialmente	11	16,9%	23	23,7%	4	21,1%
Concordo totalmente	4	6,2%	9	9,3%	3	15,8%
Prefiro não responder	3	4,6%	2	2,1%	2	10,5%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	28	40,0%	12	29,3%	5	17,9%	12	30,0%
Discordo parcialmente	22	31,4%	15	36,6%	13	46,4%	13	32,5%
Concordo parcialmente	14	20,0%	9	22,0%	5	17,9%	9	22,5%
Concordo totalmente	5	7,1%	4	9,8%	4	14,3%	2	5,0%
Prefiro não responder	1	1,4%	1	2,4%	1	3,6%	4	10,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	3	21,4%	4	21,1%	7	18,4%	8	36,4%	9	31,0%	26	44,1%
Discordo parcialmente	3	21,4%	10	52,6%	16	42,1%	11	50,0%	11	37,9%	12	20,3%
Concordo parcialmente	6	42,9%	3	15,8%	8	21,1%	1	4,5%	5	17,2%	15	25,4%
Concordo totalmente	1	7,1%	2	10,5%	4	10,5%	1	4,5%	2	6,9%	6	10,2%
Prefiro não responder	1	7,1%	0	,0%	3	7,9%	1	4,5%	2	6,9%	0	,0%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	52	35,6%	2	14,3%	3	14,3%
Discordo parcialmente	50	34,2%	6	42,9%	7	33,3%
Concordo parcialmente	27	18,5%	3	21,4%	8	38,1%
Concordo totalmente	12	8,2%	1	7,1%	3	14,3%
Prefiro não responder	5	3,4%	2	14,3%	0	,0%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	5	23,8%	1	33,3%	2	22,2%	28	40,6%	12	20,0%	9	47,4%
Discordo parcialmente	3	14,3%	1	33,3%	5	55,6%	24	34,8%	24	40,0%	6	31,6%
Concordo parcialmente	6	28,6%	1	33,3%	1	11,1%	10	14,5%	18	30,0%	2	10,5%
Concordo totalmente	4	19,0%	0	,0%	0	,0%	6	8,7%	4	6,7%	2	10,5%
Prefiro não responder	3	14,3%	0	,0%	1	11,1%	1	1,4%	2	3,3%	0	,0%

C. 11. A ética está presente nas decisões dos profissionais. (considerando como ética, fazer o que é certo)

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	0	,0%	1	1,2%	0	,0%	1	14,3%
Discordo parcialmente	3	14,3%	11	12,9%	8	11,8%	0	,0%
Concordo parcialmente	10	47,6%	33	38,8%	20	29,4%	2	28,6%
Concordo totalmente	8	38,1%	38	44,7%	39	57,4%	4	57,1%
Prefiro não responder	0	,0%	2	2,4%	1	1,5%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	1	1,5%	1	1,0%	0	,0%
Discordo parcialmente	8	12,3%	11	11,3%	3	15,8%
Concordo parcialmente	22	33,8%	38	39,2%	5	26,3%
Concordo totalmente	33	50,8%	46	47,4%	10	52,6%
Prefiro não responder	1	1,5%	1	1,0%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	1	1,4%	0	,0%	0	,0%	0	2,5%
Discordo parcialmente	4	5,7%	6	14,6%	4	14,3%	0	20,0%
Concordo parcialmente	24	34,3%	16	39,0%	13	46,4%	0	30,0%
Concordo totalmente	40	57,1%	18	43,9%	11	39,3%	0	45,0%
Prefiro não responder	1	1,4%	1	2,4%	0	,0%	0	2,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	4,5%	0	,0%	1	1,7%
Discordo parcialmente	2	14,3%	2	10,5%	7	18,4%	2	9,1%	5	17,2%	4	6,8%
Concordo parcialmente	9	64,3%	8	42,1%	15	39,5%	6	27,3%	8	27,6%	19	32,2%
Concordo totalmente	3	21,4%	9	47,4%	15	39,5%	12	54,5%	16	55,2%	34	57,6%
Prefiro não responder	0	,0%	0	,0%	1	2,6%	1	4,5%	0	,0%	1	1,7%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de serviço		Contrato temporário	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	1,4%	0	,0%	0	,0%
Discordo parcialmente	19	13,0%	1	7,1%	2	9,5%
Concordo parcialmente	47	32,2%	5	35,7%	13	61,9%
Concordo totalmente	75	51,4%	8	57,1%	6	28,6%
Prefiro não responder	3	2,1%	0	,0%	0	,0%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação /		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	10,5%
Discordo parcialmente	2	9,5%	2	16,7%	6	8,7%	9	15,0%	3	15,8%
Concordo parcialmente	7	33,3%	5	41,7%	20	29,0%	28	46,7%	5	26,3%
Concordo totalmente	11	52,4%	5	41,7%	42	60,9%	22	36,7%	9	47,4%
Prefiro não responder	1	4,8%	0	,0%	1	1,4%	1	1,7%	0	,0%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	1	2,5%	1	,7%
Discordo parcialmente	3	7,5%	19	13,5%
Concordo parcialmente	17	42,5%	48	34,0%
Concordo totalmente	18	45,0%	71	50,4%
Prefiro não responder	1	2,5%	2	1,4%

C. 12. Relato em discutir questões éticas.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	9	42,9%	33	38,8%	41	60,3%	3	42,9%
Discordo parcialmente	6	28,6%	33	38,8%	16	23,5%	1	14,3%
Concordo parcialmente	4	19,0%	15	17,6%	7	10,3%	2	28,6%
Concordo totalmente	0	,0%	1	1,2%	2	2,9%	1	14,3%
Prefiro não responder	2	9,5%	3	3,5%	2	2,9%	0	,0%

Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	38	58,5%	34	35,1%	14	73,7%
Discordo parcialmente	17	26,2%	36	37,1%	3	15,8%
Concordo parcialmente	9	13,8%	17	17,5%	2	10,5%
Concordo totalmente	0	,0%	4	4,1%	0	,0%
Prefiro não responder	1	1,5%	6	6,2%	0	,0%

Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	44	62,9%	17	41,5%	5	17,9%	18	45,0%
Discordo parcialmente	16	22,9%	14	34,1%	14	50,0%	12	30,0%
Concordo parcialmente	7	10,0%	7	17,1%	8	28,6%	6	15,0%
Concordo totalmente	2	2,9%	1	2,4%	0	,0%	1	2,5%
Prefiro não responder	1	1,4%	2	4,9%	1	3,6%	3	7,5%

Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	7	50,0%	7	36,8%	14	36,8%	11	50,0%	13	44,8%	34	57,6%
Discordo parcialmente	4	28,6%	6	31,6%	17	44,7%	7	31,8%	9	31,0%	13	22,0%
Concordo parcialmente	1	7,1%	6	31,6%	6	15,8%	2	9,1%	6	20,7%	7	11,9%
Concordo totalmente	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	4	6,8%
Prefiro não responder	2	14,3%	0	,0%	1	2,6%	2	9,1%	1	3,4%	1	1,7%

Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de serviço		Contrato temporário	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	70	47,9%	6	42,9%	10	47,6%
Discordo parcialmente	46	31,5%	5	35,7%	5	23,8%
Concordo parcialmente	21	14,4%	2	14,3%	5	23,8%
Concordo totalmente	4	2,7%	0	,0%	0	,0%
Prefiro não responder	5	3,4%	1	7,1%	1	4,8%

Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	5	23,8%	2	66,7%	3	33,3%	39	56,5%	24	40,0%	13	68,4%
Discordo parcialmente	8	38,1%	0	,0%	4	44,4%	20	29,0%	21	35,0%	3	15,8%
Concordo parcialmente	5	23,8%	1	33,3%	2	22,2%	6	8,7%	12	20,0%	2	10,5%
Concordo totalmente	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	2,9%	1	1,7%	1	5,3%
Prefiro não responder	3	14,3%	0	,0%	0	,0%	2	2,9%	2	3,3%	0	,0%

C. 13. A gestão mantém promessas e compromissos. (respeitar as decisões em equipe fornecendo tratamento igual para todos profissionais)

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	0	,0%	12	14,1%	4	5,9%	1	14,3%
Discordo parcialmente	8	38,1%	24	28,2%	16	23,5%	1	14,3%
Concordo parcialmente	7	33,3%	30	35,3%	19	27,9%	1	14,3%
Concordo totalmente	5	23,8%	17	20,0%	28	41,2%	3	42,9%
Prefiro não responder	1	4,8%	2	2,4%	1	1,5%	1	14,3%

Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	5	7,7%	11	11,3%	1	5,3%
Discordo parcialmente	15	23,1%	28	28,9%	6	31,6%
Concordo parcialmente	22	33,8%	28	28,9%	7	36,8%
Concordo totalmente	23	35,4%	25	25,8%	5	26,3%
Prefiro não responder	0	,0%	5	5,2%	0	,0%

Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	6	8,6%	7	17,1%	2	7,1%	2	5,0%
Discordo parcialmente	11	15,7%	14	34,1%	11	39,3%	12	30,0%
Concordo parcialmente	24	34,3%	9	22,0%	11	39,3%	13	32,5%
Concordo totalmente	27	38,6%	9	22,0%	3	10,7%	13	32,5%
Prefiro não responder	2	2,9%	2	4,9%	1	3,6%	0	,0%

Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	0	,0%	1	5,3%	3	7,9%	0	,0%	8	27,6%	5	8,5%
Discordo parcialmente	4	28,6%	4	21,1%	18	47,4%	5	22,7%	4	13,8%	14	23,7%
Concordo parcialmente	6	42,9%	7	36,8%	9	23,7%	10	45,5%	11	37,9%	14	23,7%
Concordo totalmente	4	28,6%	5	26,3%	6	15,8%	7	31,8%	6	20,7%	25	42,4%
Prefiro não responder	0	,0%	2	10,5%	2	5,3%	0	,0%	0	,0%	1	1,7%

Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de serviço		Contrato temporário	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	16	11,0%	0	,0%	1	4,8%
Discordo parcialmente	38	26,0%	5	35,7%	6	28,6%
Concordo parcialmente	44	30,1%	6	42,9%	7	33,3%
Concordo totalmente	44	30,1%	3	21,4%	6	28,6%
Prefiro não responder	4	2,7%	0	,0%	1	4,8%

Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação /		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	9,5%	1	8,3%	6	8,7%	5	8,3%	3	15,8%
Discordo parcialmente	6	28,6%	2	16,7%	18	26,1%	18	30,0%	5	26,3%
Concordo parcialmente	10	47,6%	7	58,3%	18	26,1%	18	30,0%	4	21,1%
Concordo totalmente	3	14,3%	2	16,7%	25	36,2%	17	28,3%	6	31,6%
Prefiro não responder	0	,0%	0	,0%	2	2,9%	2	3,3%	1	5,3%

Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	5	12,5%	12	8,5%
Discordo parcialmente	11	27,5%	38	27,0%
Concordo parcialmente	11	27,5%	46	32,6%
Concordo totalmente	10	25,0%	43	30,5%
Prefiro não responder	3	7,5%	2	1,4%

C. 14. É dado seguimento a problemas éticos reportados pelos profissionais. (situações em que geram conflitos de opiniões e consequentemente decisões pouco acertadas)

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	1	4,8%	6	7,1%	3	4,4%	1	14,3%
Discordo parcialmente	5	23,8%	30	35,3%	15	22,1%	0	,0%
Concordo parcialmente	10	47,6%	31	36,5%	28	41,2%	2	28,6%
Concordo totalmente	3	14,3%	9	10,6%	14	20,6%	3	42,9%
Prefiro não responder	2	9,5%	9	10,6%	8	11,8%	1	14,3%

Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	3,1%	8	8,2%	1	5,3%
Discordo parcialmente	16	24,6%	31	32,0%	3	15,8%
Concordo parcialmente	28	43,1%	35	36,1%	8	42,1%
Concordo totalmente	14	21,5%	10	10,3%	5	26,3%
Prefiro não responder	5	7,7%	13	13,4%	2	10,5%

Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	4	5,7%	1	2,4%	3	10,7%	3	7,5%
Discordo parcialmente	10	14,3%	16	39,0%	10	35,7%	14	35,0%
Concordo parcialmente	35	50,0%	15	36,6%	11	39,3%	10	25,0%
Concordo totalmente	16	22,9%	4	9,8%	1	3,6%	7	17,5%
Prefiro não responder	5	7,1%	5	12,2%	3	10,7%	6	15,0%

Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	0	,0%	1	5,3%	2	5,3%	1	4,5%	2	6,9%	5	8,5%
Discordo parcialmente	4	28,6%	3	15,8%	16	42,1%	4	18,2%	12	41,4%	11	18,6%
Concordo parcialmente	7	50,0%	10	52,6%	13	34,2%	8	36,4%	10	34,5%	23	39,0%
Concordo totalmente	1	7,1%	3	15,8%	3	7,9%	5	22,7%	2	6,9%	15	25,4%
Prefiro não responder	2	14,3%	2	10,5%	4	10,5%	4	18,2%	3	10,3%	5	8,5%

Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	10	6,8%	0	,0%	1	4,8%
Discordo parcialmente	41	28,1%	4	28,6%	5	23,8%
Concordo parcialmente	52	35,6%	8	57,1%	11	52,4%
Concordo totalmente	26	17,8%	1	7,1%	2	9,5%
Prefiro não responder	17	11,6%	1	7,1%	2	9,5%

Habilitações académicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	3	14,3%	0	,0%	0	,0%	1	1,4%	4	6,7%	3	15,8%
Discordo parcialmente	6	28,6%	1	33,3%	3	33,3%	22	31,9%	16	26,7%	2	10,5%
Concordo parcialmente	7	33,3%	2	66,7%	4	44,4%	29	42,0%	23	38,3%	6	31,6%
Concordo totalmente	1	4,8%	0	,0%	1	11,1%	10	14,5%	9	15,0%	8	42,1%
Prefiro não responder	4	19,0%	0	,0%	1	11,1%	7	10,1%	8	13,3%	0	,0%

Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	4	10,0%	7	5,0%
Discordo parcialmente	13	32,5%	37	26,2%
Concordo parcialmente	16	40,0%	55	39,0%
Concordo totalmente	6	15,0%	23	16,3%
Prefiro não responder	1	2,5%	19	13,5%

C. 15. Está familiarizado com o serviço de ética do Hospital? (está familiarizado que todo profissional poderá ter acesso ao Comitê de Ética e Pesquisa e ao Comitê de Ética Médica do Hospital)

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada familiarizado	8	38,1%	23	27,1%	13	19,1%	1	14,3%
Não muito familiarizado	3	14,3%	21	24,7%	6	8,8%	0	,0%
Moderadamente familiarizado	6	28,6%	19	22,4%	24	35,3%	3	42,9%
Muito familiarizado	4	19,0%	11	12,9%	16	23,5%	3	42,9%
Não sabe / Prefere não responder	0	,0%	11	12,9%	9	13,2%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada familiarizado	13	20,0%	31	32,0%	1	5,3%
Não muito familiarizado	13	20,0%	16	16,5%	1	5,3%
Moderadamente familiarizado	19	29,2%	26	26,8%	7	36,8%
Muito familiarizado	13	20,0%	16	16,5%	5	26,3%
Não sabe / Prefere não responder	7	10,8%	8	8,2%	5	26,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		enfermagem		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada familiarizado	15	21,4%	17	41,5%	4	14,3%	9	22,5%
Não muito familiarizado	10	14,3%	8	19,5%	6	21,4%	6	15,0%
Moderadamente familiarizado	18	25,7%	10	24,4%	11	39,3%	13	32,5%
Muito familiarizado	17	24,3%	5	12,2%	5	17,9%	7	17,5%
Não sabe / Prefere não responder	10	14,3%	1	2,4%	2	7,1%	5	12,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada familiarizado	2	14,3%	8	42,1%	7	18,4%	8	36,4%	8	27,6%	12	20,3%
Não muito familiarizado	2	14,3%	0	,0%	13	34,2%	4	18,2%	5	17,2%	6	10,2%
Moderadamente familiarizado	7	50,0%	7	36,8%	9	23,7%	4	18,2%	6	20,7%	19	32,2%
Muito familiarizado	3	21,4%	4	21,1%	5	13,2%	2	9,1%	5	17,2%	15	25,4%
Não sabe / Prefere não responder	0	,0%	0	,0%	4	10,5%	4	18,2%	5	17,2%	7	11,9%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de serviço		Contrato temporário	
	N	%	N	%	N	%
Nada familiarizado	36	24,7%	2	14,3%	7	33,3%
Não muito familiarizado	25	17,1%	2	14,3%	3	14,3%
Moderadamente familiarizado	38	26,0%	6	42,9%	8	38,1%
Muito familiarizado	29	19,9%	3	21,4%	2	9,5%
Não sabe / Prefere não responder	18	12,3%	1	7,1%	1	4,8%

4. Habilitações acadêmicas	Completo		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada familiarizado	5	23,8%	0	,0%	2	22,2%	21	30,4%	12	20,0%	5	26,3%
Não muito familiarizado	3	14,3%	0	,0%	1	11,1%	12	17,4%	12	20,0%	2	10,5%
Moderadamente familiarizado	8	38,1%	1	33,3%	3	33,3%	15	21,7%	20	33,3%	5	26,3%
Muito familiarizado	3	14,3%	2	66,7%	2	22,2%	12	17,4%	12	20,0%	3	15,8%
Não sabe / Prefere não responder	2	9,5%	0	,0%	1	11,1%	9	13,0%	4	6,7%	4	21,1%

1. Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nada familiarizado	16	40,0%	29	20,6%	45	24,9%
Não muito familiarizado	6	15,0%	24	17,0%	30	16,6%
Moderadamente familiarizado	10	25,0%	42	29,8%	52	28,7%
Muito familiarizado	6	15,0%	28	19,9%	34	18,8%
Não sabe / Prefere não responder	2	5,0%	18	12,8%	20	11,0%

C. 16. Quando enfrenta problemas éticos, qual a probabilidade de usar o serviço de ética do Hospital ? (Situações que fogem a sua rotina de trabalho ou de credibilidade questionáveis, que refletem no ambiente profissional.)

Idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada provável	9	42,9%	26	30,6%	16	23,5%	1	14,3%
Não muito provável	2	9,5%	20	23,5%	12	17,6%	0	,0%
Moderadamente provável	8	38,1%	22	25,9%	20	29,4%	3	42,9%
Muito provável	2	9,5%	12	14,1%	14	20,6%	3	42,9%
Não sabe / Prefere não responder	0	,0%	5	5,9%	6	8,8%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada provável	16	24,6%	33	34,0%	3	15,8%
Não muito provável	14	21,5%	18	18,6%	2	10,5%
Moderadamente provável	21	32,3%	28	28,9%	4	21,1%
Muito provável	11	16,9%	14	14,4%	6	31,6%
Não sabe / Prefere não responder	3	4,6%	4	4,1%	4	21,1%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em enfermagem		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada provável	16	22,9%	21	51,2%	5	17,9%	10	25,0%
Não muito provável	12	17,1%	8	19,5%	6	21,4%	7	17,5%
Moderadamente provável	22	31,4%	7	17,1%	10	35,7%	14	35,0%
Muito provável	15	21,4%	4	9,8%	5	17,9%	7	17,5%
Não sabe / Prefere não responder	5	7,1%	1	2,4%	2	7,1%	2	5,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada provável	3	21,4%	8	42,1%	7	18,4%	9	40,9%	11	37,9%	14	23,7%
Não muito provável	4	28,6%	2	10,5%	13	34,2%	4	18,2%	3	10,3%	8	13,6%
Moderadamente provável	6	42,9%	7	36,8%	10	26,3%	5	22,7%	8	27,6%	17	28,8%
Muito provável	1	7,1%	2	10,5%	5	13,2%	3	13,6%	4	13,8%	16	27,1%
Não sabe / Prefere não responder	0	,0%	0	,0%	3	7,9%	1	4,5%	3	10,3%	4	6,8%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de serviço		Contrato temporário	
	N	%	N	%	N	%
Nada provável	43	29,5%	2	14,3%	7	33,3%
Não muito provável	26	17,8%	5	35,7%	3	14,3%
Moderadamente provável	40	27,4%	4	28,6%	9	42,9%
Muito provável	26	17,8%	3	21,4%	2	9,5%
Não sabe / Prefere não responder	11	7,5%	0	,0%	0	,0%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio Completo		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada provável	5	23,8%	0	,0%	3	33,3%	24	34,8%	15	25,0%	5	26,3%
Não muito provável	5	23,8%	0	,0%	0	,0%	11	15,9%	13	21,7%	5	26,3%
Moderadamente provável	7	33,3%	2	66,7%	1	11,1%	20	29,0%	19	31,7%	4	21,1%
Muito provável	3	14,3%	1	33,3%	4	44,4%	10	14,5%	11	18,3%	2	10,5%
Não sabe / Prefere não responder	1	4,8%	0	,0%	1	11,1%	4	5,8%	2	3,3%	3	15,8%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Nada provável	16	40,0%	36	25,5%
Não muito provável	6	15,0%	28	19,9%
Moderadamente provável	12	30,0%	41	29,1%
Muito provável	5	12,5%	26	18,4%
Não sabe / Prefere não responder	1	2,5%	10	7,1%

D. 17. As informações privadas referentes ao paciente são discutidas com todos os profissionais independentemente do seu envolvimento com o cuidado deste paciente. (resposta aplicável a todos os profissionais envolvidos)

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	2	9,5%	18	21,2%	14	20,6%	2	28,6%
Ocasionalmente	9	42,9%	36	42,4%	28	41,2%	2	28,6%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	6	7,1%	2	2,9%	0	,0%
Normalmente	6	28,6%	16	18,8%	12	17,6%	3	42,9%
Quase sempre	3	14,3%	7	8,2%	9	13,2%	0	,0%
Prefiro não responder	1	4,8%	2	2,4%	3	4,4%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	15	23,1%	14	14,4%	7	36,8%
Ocasionalmente	28	43,1%	39	40,2%	8	42,1%
Cerca de metade dos casos	2	3,1%	6	6,2%	0	,0%
Normalmente	11	16,9%	23	23,7%	3	15,8%
Quase sempre	7	10,8%	11	11,3%	1	5,3%
Prefiro não responder	2	3,1%	4	4,1%	0	,0%

5. Função	Médico		Enfermeiro		enfermagem		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	14	20,0%	9	22,0%	6	21,4%	7	17,5%
Ocasionalmente	28	40,0%	17	41,5%	11	39,3%	17	42,5%
Cerca de metade dos casos	3	4,3%	4	9,8%	0	,0%	1	2,5%
Normalmente	15	21,4%	6	14,6%	7	25,0%	9	22,5%
Quase sempre	9	12,9%	5	12,2%	3	10,7%	2	5,0%
Prefiro não responder	1	1,4%	0	,0%	1	3,6%	4	10,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	7,1%	3	15,8%	7	18,4%	4	18,2%	9	31,0%	12	20,3%
Ocasionalmente	5	35,7%	9	47,4%	19	50,0%	5	22,7%	13	44,8%	24	40,7%
Cerca de metade dos casos	2	14,3%	0	,0%	1	2,6%	2	9,1%	1	3,4%	2	3,4%
Normalmente	5	35,7%	4	21,1%	7	18,4%	5	22,7%	3	10,3%	13	22,0%
Quase sempre	1	7,1%	2	10,5%	4	10,5%	5	22,7%	1	3,4%	6	10,2%
Prefiro não responder	0	,0%	1	5,3%	0	,0%	1	4,5%	2	6,9%	2	3,4%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de serviço		Contrato temporário	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	33	22,6%	1	7,1%	2	9,5%
Ocasionalmente	62	42,5%	7	50,0%	6	28,6%
Cerca de metade dos casos	4	2,7%	1	7,1%	3	14,3%
Normalmente	27	18,5%	3	21,4%	7	33,3%
Quase sempre	15	10,3%	2	14,3%	2	9,5%
Prefiro não responder	5	3,4%	0	,0%	1	4,8%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	3	14,3%	0	,0%	0	,0%	18	26,1%	11	18,3%	4	21,1%
Ocasionalmente	11	52,4%	2	66,7%	3	33,3%	23	33,3%	27	45,0%	9	47,4%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	3	4,3%	3	5,0%	2	10,5%
Normalmente	3	14,3%	1	33,3%	5	55,6%	16	23,2%	8	13,3%	4	21,1%
Quase sempre	1	4,8%	0	,0%	1	11,1%	6	8,7%	11	18,3%	0	,0%
Prefiro não responder	3	14,3%	0	,0%	0	,0%	3	4,3%	0	,0%	0	,0%

D. 18. A documentação com informação identificável dos pacientes permanece em local de acesso fácil aos pacientes, familiares ou a profissionais não envolvidos com o tratamento. (tais como prontuários físicos, prescrições, registos em pulseiras ou quadros com dados de identificação, diagnósticos e procedimentos)

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	5	23,8%	28	32,9%	22	32,4%	1	14,3%
Ocasionalmente	6	28,6%	13	15,3%	12	17,6%	3	42,9%
Cerca de metade dos casos	1	4,8%	2	2,4%	2	2,9%	0	,0%
Normalmente	7	33,3%	28	32,9%	26	38,2%	2	28,6%
Quase sempre	1	4,8%	12	14,1%	4	5,9%	1	14,3%
Prefiro não responder	1	4,8%	2	2,4%	2	2,9%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	20	30,8%	31	32,0%	5	26,3%
Ocasionalmente	12	18,5%	20	20,6%	2	10,5%
Cerca de metade dos casos	1	1,5%	2	2,1%	2	10,5%
Normalmente	21	32,3%	33	34,0%	9	47,4%
Quase sempre	10	15,4%	8	8,2%	0	,0%
Prefiro não responder	1	1,5%	3	3,1%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	22	31,4%	14	34,1%	9	32,1%	11	27,5%
Ocasionalmente	14	20,0%	9	22,0%	1	3,6%	9	22,5%
Cerca de metade dos casos	2	2,9%	2	4,9%	0	,0%	1	2,5%
Normalmente	23	32,9%	13	31,7%	15	53,6%	12	30,0%
Quase sempre	9	12,9%	3	7,3%	3	10,7%	3	7,5%
Prefiro não responder	0	,0%	0	,0%	0	,0%	4	10,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	3	21,4%	3	15,8%	14	36,8%	6	27,3%	13	44,8%	17	28,8%
Ocasionalmente	2	14,3%	6	31,6%	4	10,5%	3	13,6%	6	20,7%	13	22,0%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	1	5,3%	1	2,6%	1	4,5%	0	,0%	2	3,4%
Normalmente	8	57,1%	5	26,3%	11	28,9%	9	40,9%	8	27,6%	22	37,3%
Quase sempre	0	,0%	3	15,8%	8	21,1%	2	9,1%	1	3,4%	4	6,8%
Prefiro não responder	1	7,1%	1	5,3%	0	,0%	1	4,5%	1	3,4%	1	1,7%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	49	33,6%	4	28,6%	3	14,3%
Ocasionalmente	24	16,4%	2	14,3%	8	38,1%
Cerca de metade dos casos	4	2,7%	0	,0%	1	4,8%
Normalmente	52	35,6%	6	42,9%	5	23,8%
Quase sempre	15	10,3%	2	14,3%	1	4,8%
Prefiro não responder	2	1,4%	0	,0%	3	14,3%

4. Habilitações académicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	7	33,3%	0	,0%	4	44,4%	24	34,8%	17	28,3%	4	21,1%
Ocasionalmente	2	9,5%	0	,0%	0	,0%	10	14,5%	14	23,3%	8	42,1%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	3	4,3%	1	1,7%	1	5,3%
Normalmente	8	38,1%	2	6,7%	5	55,6%	24	34,8%	18	30,0%	6	31,6%
Quase sempre	2	9,5%	1	3,3%	0	,0%	8	11,6%	7	11,7%	0	,0%
Prefiro não responder	2	9,5%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	3	5,0%	0	,0%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	12	30,0%	44	31,2%
Ocasionalmente	10	25,0%	24	17,0%
Cerca de metade dos casos	1	2,5%	4	2,8%
Normalmente	11	27,5%	52	36,9%
Quase sempre	6	15,0%	12	8,5%
Prefiro não responder	0	,0%	5	3,5%

D. 19. As telas dos computadores permanecem abertas com os registos dos pacientes visíveis.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	9	42,9%	51	60,0%	34	50,0%	6	85,7%
Ocasionalmente	6	28,6%	15	17,6%	15	22,1%	1	14,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	1	1,2%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	2	9,5%	6	7,1%	10	14,7%	0	,0%
Quase sempre	1	4,8%	5	5,9%	1	1,5%	0	,0%
Prefiro não responder	3	14,3%	7	8,2%	8	11,8%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	37	56,9%	55	56,7%	8	42,1%
Ocasionalmente	17	26,2%	16	16,5%	4	21,1%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	1	1,0%	0	,0%
Normalmente	3	4,6%	11	11,3%	4	21,1%
Quase sempre	2	3,1%	2	2,1%	3	15,8%
Prefiro não responder	6	9,2%	12	12,4%	0	,0%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	36	51,4%	28	68,3%	16	57,1%	19	47,5%
Ocasionalmente	18	25,7%	9	22,0%	3	10,7%	7	17,5%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	1	2,4%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	6	8,6%	2	4,9%	4	14,3%	6	15,0%
Quase sempre	6	8,6%	0	,0%	1	3,6%	0	,0%
Prefiro não responder	4	5,7%	1	2,4%	4	14,3%	8	20,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	6	42,9%	8	42,1%	23	60,5%	14	63,6%	17	58,6%	32	54,2%
Ocasionalmente	5	35,7%	3	15,8%	6	15,8%	5	22,7%	5	17,2%	13	22,0%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	1	2,6%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	3	21,4%	3	15,8%	2	5,3%	2	9,1%	1	3,4%	7	11,9%
Quase sempre	0	,0%	1	5,3%	3	7,9%	0	,0%	2	6,9%	1	1,7%
Prefiro não responder	0	,0%	4	21,1%	3	7,9%	1	4,5%	4	13,8%	6	10,2%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	87	59,6%	6	42,9%	7	33,3%
Ocasionalmente	27	18,5%	4	28,6%	6	28,6%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	1	4,8%
Normalmente	14	9,6%	2	14,3%	2	9,5%
Quase sempre	5	3,4%	1	7,1%	1	4,8%
Prefiro não responder	13	8,9%	1	7,1%	4	19,0%

4. Habilitações académicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	9	42,9%	0	,0%	7	77,8%	40	58,0%	34	56,7%	10	52,6%
Ocasionalmente	3	14,3%	1	33,3%	0	,0%	13	18,8%	15	25,0%	5	26,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	1,4%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	2	9,5%	1	33,3%	1	11,1%	8	11,6%	5	8,3%	1	5,3%
Quase sempre	1	4,8%	0	,0%	0	,0%	4	5,8%	1	1,7%	1	5,3%
Prefiro não responder	6	28,6%	1	33,3%	1	11,1%	3	4,3%	5	8,3%	2	10,5%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	23	57,5%	77	54,6%
Ocasionalmente	6	15,0%	31	22,0%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	1	,7%
Normalmente	3	7,5%	15	10,6%
Quase sempre	3	7,5%	4	2,8%
Prefiro não responder	5	12,5%	13	9,2%

D. 20. Há palestras, cursos ou banners relativos privacidade e confidencialidade.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	16	76,2%	70	82,4%	47	69,1%	2	28,6%
Ocasionalmente	3	14,3%	7	8,2%	13	19,1%	4	57,1%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	2	2,4%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	1	4,8%	0	,0%	3	4,4%	0	,0%
Quase sempre	1	4,8%	1	1,2%	2	2,9%	0	,0%
Prefiro não responder	0	,0%	5	5,9%	3	4,4%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	54	83,1%	71	73,2%	10	52,6%
Ocasionalmente	6	9,2%	14	14,4%	7	36,8%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	2	2,1%	0	,0%
Normalmente	1	1,5%	3	3,1%	0	,0%
Quase sempre	3	4,6%	1	1,0%	0	,0%
Prefiro não responder	1	1,5%	6	6,2%	2	10,5%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	56	80,0%	33	80,5%	18	64,3%	27	67,5%
Ocasionalmente	12	17,1%	5	12,2%	4	14,3%	6	15,0%
Cerca de metade dos casos	1	1,4%	1	2,4%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	1	1,4%	0	,0%	1	3,6%	2	5,0%
Quase sempre	0	,0%	1	2,4%	2	7,1%	1	2,5%
Prefiro não responder	0	,0%	1	2,4%	3	10,7%	4	10,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	9	64,3%	13	68,4%	32	84,2%	16	72,7%	22	75,9%	43	72,9%
Ocasionalmente	2	14,3%	4	21,1%	0	,0%	3	13,6%	5	17,2%	13	22,0%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	1	2,6%	1	4,5%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	2	14,3%	1	5,3%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	1,7%
Quase sempre	1	7,1%	1	5,3%	2	5,3%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Prefiro não responder	0	,0%	0	,0%	3	7,9%	2	9,1%	2	6,9%	2	3,4%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	110	75,3%	8	57,1%	17	81,0%
Ocasionalmente	21	14,4%	3	21,4%	3	14,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	1	7,1%	1	4,8%
Normalmente	3	2,1%	1	7,1%	0	,0%
Quase sempre	4	2,7%	0	,0%	0	,0%
Prefiro não responder	8	5,5%	1	7,1%	0	,0%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %
	Quase nunca	11	52,4%	2	66,7%	6	66,7%	58	84,1%	46	76,7%	12
Ocasionalmente	4	19,0%	0	,0%	1	11,1%	8	11,6%	9	15,0%	5	26,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	1,4%	1	1,7%	0	,0%
Normalmente	1	4,8%	1	33,3%	0	,0%	1	1,4%	1	1,7%	0	,0%
Quase sempre	2	9,5%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	3,3%	0	,0%
Prefiro não responder	3	14,3%	0	,0%	2	22,2%	1	1,4%	1	1,7%	2	10,5%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	30	75,0%	105	74,5%
Ocasionalmente	10	25,0%	17	12,1%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	2	1,4%
Normalmente	0	,0%	4	2,8%
Quase sempre	0	,0%	4	2,8%
Prefiro não responder	0	,0%	9	6,4%

E. 21. Com que frequência o controle de custos prejudica o atendimento de qualidade ao paciente? (em relação ao material dispensado para sua rotina, de qualidade inferior prejudicando a eficiência do seu trabalho)

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	4,8%	8	9,4%	11	16,2%	0	,0%
Ocasionalmente	7	33,3%	28	32,9%	23	33,8%	3	42,9%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	5	5,9%	6	8,8%	1	14,3%
Normalmente	3	14,3%	17	20,0%	9	13,2%	0	,0%
Quase sempre	8	38,1%	26	30,6%	15	22,1%	3	42,9%
Prefiro não responder	2	9,5%	1	1,2%	4	5,9%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	6	9,2%	7	7,2%	7	36,8%
Ocasionalmente	20	30,8%	34	35,1%	7	36,8%
Cerca de metade dos casos	7	10,8%	5	5,2%	0	,0%
Normalmente	11	16,9%	16	16,5%	2	10,5%
Quase sempre	18	27,7%	32	33,0%	2	10,5%
Prefiro não responder	3	4,6%	3	3,1%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	8	11,4%	3	7,3%	4	14,3%	4	10,0%
Ocasionalmente	23	32,9%	15	36,6%	6	21,4%	17	42,5%
Cerca de metade dos casos	9	12,9%	3	7,3%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	9	12,9%	7	17,1%	8	28,6%	5	12,5%
Quase sempre	20	28,6%	13	31,7%	10	35,7%	8	20,0%
Prefiro não responder	1	1,4%	0	,0%	0	,0%	6	15,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	7,1%	1	5,3%	4	10,5%	1	4,5%	5	17,2%	8	13,6%
Ocasionalmente	6	42,9%	5	26,3%	12	31,6%	8	36,4%	6	20,7%	24	40,7%
Cerca de metade dos casos	1	7,1%	0	,0%	1	2,6%	3	13,6%	1	3,4%	6	10,2%
Normalmente	1	7,1%	3	15,8%	8	21,1%	2	9,1%	7	24,1%	8	13,6%
Quase sempre	4	28,6%	8	42,1%	11	28,9%	8	36,4%	9	31,0%	12	20,3%
Prefiro não responder	1	7,1%	2	10,5%	2	5,3%	0	,0%	1	3,4%	1	1,7%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	17	11,6%	2	14,3%	1	4,8%
Ocasionalmente	51	34,9%	6	42,9%	4	19,0%
Cerca de metade dos casos	11	7,5%	1	7,1%	0	,0%
Normalmente	23	15,8%	1	7,1%	5	23,8%
Quase sempre	40	27,4%	3	21,4%	9	42,9%
Prefiro não responder	4	2,7%	1	7,1%	2	9,5%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	5	23,8%	0	,0%	0	,0%	5	7,2%	9	15,0%	1	5,3%
Ocasionalmente	8	38,1%	0	,0%	2	22,2%	26	37,7%	20	33,3%	5	26,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	6	8,7%	3	5,0%	3	15,8%
Normalmente	4	19,0%	0	,0%	3	33,3%	11	15,9%	9	15,0%	2	10,5%
Quase sempre	3	14,3%	2	66,7%	3	33,3%	20	29,0%	18	30,0%	6	31,6%
Prefiro não responder	1	4,8%	1	33,3%	1	11,1%	1	1,4%	1	1,7%	2	10,5%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	5	12,5%	15	10,6%
Ocasionalmente	15	37,5%	46	32,6%
Cerca de metade dos casos	3	7,5%	9	6,4%
Normalmente	4	10,0%	25	17,7%
Quase sempre	11	27,5%	41	29,1%
Prefiro não responder	2	5,0%	5	3,5%

E. 22. Com que frequência a gestão comunica as razões da alocação dos recursos?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	12	57,1%	55	64,7%	35	51,5%	3	42,9%
Ocasionalmente	3	14,3%	13	15,3%	18	26,5%	2	28,6%
Cerca de metade dos casos	2	9,5%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	1	4,8%	10	11,8%	5	7,4%	0	,0%
Quase sempre	1	4,8%	4	4,7%	5	7,4%	1	14,3%
Prefiro não responder	2	9,5%	3	3,5%	5	7,4%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	38	58,5%	62	63,9%	5	26,3%
Ocasionalmente	15	23,1%	16	16,5%	5	26,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	2	2,1%	0	,0%
Normalmente	7	10,8%	5	5,2%	4	21,1%
Quase sempre	3	4,6%	4	4,1%	4	21,1%
Prefiro não responder	2	3,1%	8	8,2%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	39	55,7%	29	70,7%	18	64,3%	18	45,0%
Ocasionalmente	16	22,9%	6	14,6%	5	17,9%	9	22,5%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	5,0%
Normalmente	5	7,1%	3	7,3%	2	7,1%	6	15,0%
Quase sempre	6	8,6%	2	4,9%	2	7,1%	1	2,5%
Prefiro não responder	4	5,7%	1	2,4%	1	3,6%	4	10,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	6	42,9%	8	42,1%	27	71,1%	11	50,0%	20	69,0%	33	55,9%
Ocasionalmente	2	14,3%	6	31,6%	4	10,5%	5	22,7%	6	20,7%	13	22,0%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	2	10,5%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	3	21,4%	0	,0%	3	7,9%	4	18,2%	1	3,4%	5	8,5%
Quase sempre	2	14,3%	1	5,3%	3	7,9%	0	,0%	2	6,9%	3	5,1%
Prefiro não responder	1	7,1%	2	10,5%	1	2,6%	2	9,1%	0	,0%	5	8,5%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	89	61,0%	7	50,0%	9	42,9%
Ocasionalmente	30	20,5%	4	28,6%	2	9,5%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	2	9,5%
Normalmente	12	8,2%	2	14,3%	2	9,5%
Quase sempre	10	6,8%	0	,0%	1	4,8%
Prefiro não responder	5	3,4%	1	7,1%	5	23,8%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	10	47,6%	2	66,7%	6	66,7%	41	59,4%	37	61,7%	9	47,4%
Ocasionalmente	6	28,6%	0	,0%	0	,0%	14	20,3%	11	18,3%	5	26,3%
Cerca de metade dos casos	1	4,8%	0	,0%	0	,0%	1	1,4%	0	,0%	0	,0%
Normalmente	2	9,5%	0	,0%	1	11,1%	5	7,2%	5	8,3%	3	15,8%
Quase sempre	2	9,5%	1	33,3%	0	,0%	5	7,2%	2	3,3%	1	5,3%
Prefiro não responder	0	,0%	0	,0%	2	22,2%	3	4,3%	5	8,3%	1	5,3%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	26	65,0%	79	56,0%
Ocasionalmente	9	22,5%	27	19,1%
Cerca de metade dos casos	1	2,5%	1	,7%
Normalmente	4	10,0%	12	8,5%
Quase sempre	0	,0%	11	7,8%
Prefiro não responder	0	,0%	11	7,8%

E. 23. Com frequência as decisões para alocação dos recursos são de acordo com a vantagem financeira e não de acordo com a ética? (refere-se à redução do custo e não no recurso correto a ser utilizado)

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	4	19,0%	11	12,9%	17	25,0%	1	14,3%
Ocasionalmente	2	9,5%	12	14,1%	10	14,7%	3	42,9%
Cerca de metade dos casos	1	4,8%	2	2,4%	2	2,9%	0	,0%
Normalmente	2	9,5%	14	16,5%	12	17,6%	1	14,3%
Quase sempre	2	9,5%	19	22,4%	10	14,7%	2	28,6%
Prefiro não responder	10	47,6%	27	31,8%	17	25,0%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	10	15,4%	15	15,5%	8	42,1%
Ocasionalmente	12	18,5%	13	13,4%	2	10,5%
Cerca de metade dos casos	2	3,1%	3	3,1%	0	,0%
Normalmente	13	20,0%	14	14,4%	2	10,5%
Quase sempre	13	20,0%	18	18,6%	2	10,5%
Prefiro não responder	15	23,1%	34	35,1%	5	26,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	17	24,3%	4	9,8%	8	28,6%	4	10,0%
Ocasionalmente	14	20,0%	3	7,3%	5	17,9%	5	12,5%
Cerca de metade dos casos	1	1,4%	2	4,9%	0	,0%	2	5,0%
Normalmente	12	17,1%	10	24,4%	4	14,3%	2	5,0%
Quase sempre	11	15,7%	8	19,5%	6	21,4%	8	20,0%
Prefiro não responder	15	21,4%	14	34,1%	5	17,9%	19	47,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	3	21,4%	4	21,1%	7	18,4%	2	9,1%	2	6,9%	15	25,4%
Ocasionalmente	1	7,1%	4	21,1%	4	10,5%	3	13,6%	5	17,2%	10	16,9%
Cerca de metade dos casos	2	14,3%	0	,0%	1	2,6%	1	4,5%	0	,0%	1	1,7%
Normalmente	4	28,6%	1	5,3%	5	13,2%	5	22,7%	2	6,9%	12	20,3%
Quase sempre	1	7,1%	3	15,8%	8	21,1%	2	9,1%	9	31,0%	10	16,9%
Prefiro não responder	3	21,4%	7	36,8%	13	34,2%	9	40,9%	11	37,9%	11	18,6%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	25	17,1%	3	21,4%	5	23,8%
Ocasionalmente	22	15,1%	4	28,6%	1	4,8%
Cerca de metade dos casos	4	2,7%	0	,0%	1	4,8%
Normalmente	23	15,8%	3	21,4%	3	14,3%
Quase sempre	32	21,9%	0	,0%	1	4,8%
Prefiro não responder	40	27,4%	4	28,6%	10	47,6%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	7	33,3%	0	,0%	0	,0%	12	17,4%	11	18,3%	3	15,8%
Ocasionalmente	3	14,3%	0	,0%	0	,0%	14	20,3%	7	11,7%	3	15,8%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	1,4%	2	3,3%	2	10,5%
Normalmente	1	4,8%	0	,0%	2	22,2%	11	15,9%	13	21,7%	2	10,5%
Quase sempre	2	9,5%	2	66,7%	5	55,6%	15	21,7%	6	10,0%	3	15,8%
Prefiro não responder	8	38,1%	1	33,3%	2	22,2%	16	23,2%	21	35,0%	6	31,6%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	8	20,0%	25	17,7%
Ocasionalmente	9	22,5%	18	12,8%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	5	3,5%
Normalmente	6	15,0%	23	16,3%
Quase sempre	4	10,0%	29	20,6%
Prefiro não responder	13	32,5%	41	29,1%

E. 24. Você considera justa a alocação de recursos entre programas e serviços?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada justa	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Não muito justa	4	25,0%	22	29,3%	18	30,0%	2	33,3%
Moderadamente justa	6	37,5%	33	44,0%	21	35,0%	3	50,0%
Muito justa	2	12,5%	2	2,7%	6	10,0%	0	,0%
Não sabe / Prefere não responder	4	25,0%	18	24,0%	15	25,0%	1	16,7%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada justa	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Não muito justa	18	30,5%	24	30,0%	4	22,2%
Moderadamente justa	27	45,8%	28	35,0%	8	44,4%
Muito justa	5	8,5%	2	2,5%	3	16,7%
Não sabe / Prefere não responder	9	15,3%	26	32,5%	3	16,7%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada justa	0	,0%	0	,0%	0	,0%	4	10,0%
Não muito justa	20	32,3%	10	29,4%	9	37,5%	7	17,5%
Moderadamente justa	27	43,5%	11	32,4%	9	37,5%	16	40,0%
Muito justa	5	8,1%	3	8,8%	1	4,2%	1	2,5%
Não sabe / Prefere não responder	10	16,1%	10	29,4%	5	20,8%	12	30,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada justa	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Não muito justa	4	33,3%	5	29,4%	12	37,5%	3	16,7%	5	18,5%	17	33,3%
Moderadamente justa	4	33,3%	9	52,9%	8	25,0%	8	44,4%	16	59,3%	18	35,3%
Muito justa	1	8,3%	1	5,9%	2	6,3%	0	,0%	1	3,7%	5	9,8%
Não sabe / Prefere não responder	3	25,0%	2	11,8%	10	31,3%	7	38,9%	5	18,5%	11	21,6%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Nada justa	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Não muito justa	33	26,6%	5	35,7%	8	42,1%
Moderadamente justa	54	43,5%	4	28,6%	5	26,3%
Muito justa	9	7,3%	1	7,1%	0	,0%
Não sabe / Prefere não responder	28	22,6%	4	28,6%	6	31,6%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada justa	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Não muito justa	7	33,3%	1	33,3%	1	14,3%	22	36,1%	10	20,0%	5	33,3%
Moderadamente justa	8	38,1%	2	66,7%	2	28,6%	22	36,1%	23	46,0%	6	40,0%
Muito justa	1	4,8%	0	,0%	0	,0%	5	8,2%	3	6,0%	1	6,7%
Não sabe / Prefere não responder	5	23,8%	0	,0%	4	57,1%	12	19,7%	14	28,0%	3	20,0%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Nada justa	0	,0%	0	,0%
Não muito justa	9	25,0%	37	30,6%
Moderadamente justa	13	36,1%	50	41,3%
Muito justa	2	5,6%	8	6,6%
Não sabe / Prefere não responder	12	33,3%	26	21,5%

E. 25. Você considera a consistência entre a alocação de recursos e a missão e valores do Hospital.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada boa	3	14,3%	8	9,4%	8	11,8%	1	14,3%
Não muito boa	7	33,3%	28	32,9%	16	23,5%	3	42,9%
Moderadamente boa	6	28,6%	27	31,8%	21	30,9%	2	28,6%
Muito boa	3	14,3%	2	2,4%	8	11,8%	0	,0%
Não sabe /Prefere não responder	2	9,5%	20	23,5%	15	22,1%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada boa	6	9,2%	13	13,4%	1	5,3%
Não muito boa	20	30,8%	29	29,9%	5	26,3%
Moderadamente boa	23	35,4%	32	33,0%	1	5,3%
Muito boa	6	9,2%	2	2,1%	5	26,3%
Não sabe /Prefere não responder	10	15,4%	21	21,6%	7	36,8%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada boa	10	14,3%	5	12,2%	4	14,3%	1	2,5%
Não muito boa	16	22,9%	17	41,5%	9	32,1%	11	27,5%
Moderadamente boa	24	34,3%	11	26,8%	8	28,6%	12	30,0%
Muito boa	8	11,4%	1	2,4%	2	7,1%	2	5,0%
Não sabe /Prefere não responder	12	17,1%	7	17,1%	5	17,9%	14	35,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada boa	1	7,1%	1	5,3%	4	10,5%	2	9,1%	4	13,8%	8	13,6%
Não muito boa	4	28,6%	4	21,1%	17	44,7%	5	22,7%	7	24,1%	17	28,8%
Moderadamente boa	4	28,6%	8	42,1%	9	23,7%	6	27,3%	10	34,5%	19	32,2%
Muito boa	2	14,3%	2	10,5%	3	7,9%	0	,0%	0	,0%	6	10,2%
Não sabe /Prefere não responder	3	21,4%	4	21,1%	5	13,2%	9	40,9%	8	27,6%	9	15,3%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Nada boa	17	11,6%	1	7,1%	2	9,5%
Não muito boa	41	28,1%	3	21,4%	10	47,6%
Moderadamente boa	47	32,2%	4	28,6%	5	23,8%
Muito boa	9	6,2%	3	21,4%	1	4,8%
Não sabe /Prefere não responder	32	21,9%	3	21,4%	3	14,3%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada boa	2	9,5%	0	,0%	1	11,1%	8	11,6%	7	11,7%	2	10,5%
Não muito boa	6	28,6%	0	,0%	4	44,4%	21	30,4%	17	28,3%	6	31,6%
Moderadamente boa	7	33,3%	3	100,0%	1	11,1%	20	29,0%	21	35,0%	4	21,1%
Muito boa	2	9,5%	0	,0%	0	,0%	7	10,1%	4	6,7%	0	,0%
Não sabe /Prefere não responder	4	19,0%	0	,0%	3	33,3%	13	18,8%	11	18,3%	7	36,8%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Nada boa	4	10,0%	16	11,3%
Não muito boa	10	25,0%	44	31,2%
Moderadamente boa	15	37,5%	41	29,1%
Muito boa	4	10,0%	9	6,4%
Não sabe /Prefere não responder	7	17,5%	31	22,0%

E. 26. Você entende os processos de tomada de decisão para alocar recursos?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	0	,0%	10	11,8%	14	20,6%	1	14,3%
Não muito bem	10	47,6%	33	38,8%	14	20,6%	2	28,6%
Moderadamente bem	5	23,8%	25	29,4%	18	26,5%	1	14,3%
Muito bem	0	,0%	3	3,5%	9	13,2%	0	,0%
Não sabe / Prefere não responder	6	28,6%	14	16,5%	13	19,1%	3	42,9%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada bem	8	12,3%	16	16,5%	1	5,3%
Não muito bem	30	46,2%	25	25,8%	4	21,1%
Moderadamente bem	15	23,1%	28	28,9%	6	31,6%
Muito bem	5	7,7%	2	2,1%	5	26,3%
Não sabe / Prefere não responder	7	10,8%	26	26,8%	3	15,8%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	13	18,6%	5	12,2%	5	17,9%	2	5,0%
Não muito bem	24	34,3%	14	34,1%	9	32,1%	12	30,0%
Moderadamente bem	17	24,3%	12	29,3%	8	28,6%	12	30,0%
Muito bem	7	10,0%	1	2,4%	1	3,6%	3	7,5%
Não sabe / Prefere não responder	9	12,9%	9	22,0%	5	17,9%	11	27,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	0	,0%	1	5,3%	8	21,1%	1	4,5%	3	10,3%	12	20,3%
Não muito bem	4	28,6%	6	31,6%	20	52,6%	5	22,7%	8	27,6%	16	27,1%
Moderadamente bem	6	42,9%	8	42,1%	6	15,8%	7	31,8%	9	31,0%	13	22,0%
Muito bem	0	,0%	0	,0%	1	2,6%	1	4,5%	2	6,9%	8	13,6%
Não sabe / Prefere não responder	4	28,6%	4	21,1%	3	7,9%	8	36,4%	7	24,1%	10	16,9%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Nada bem	23	15,8%	1	7,1%	1	4,8%
Não muito bem	47	32,2%	4	28,6%	8	38,1%
Moderadamente bem	36	24,7%	6	42,9%	7	33,3%
Muito bem	11	7,5%	1	7,1%	0	,0%
Não sabe / Prefere não responder	29	19,9%	2	14,3%	5	23,8%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	1	4,8%	0	,0%	3	33,3%	14	20,3%	6	10,0%	1	5,3%
Não muito bem	5	23,8%	1	33,3%	3	33,3%	22	31,9%	23	38,3%	5	26,3%
Moderadamente bem	9	42,9%	1	33,3%	1	11,1%	20	29,0%	12	20,0%	6	31,6%
Muito bem	1	4,8%	0	,0%	0	,0%	6	8,7%	2	3,3%	3	15,8%
Não sabe / Prefere não responder	5	23,8%	1	33,3%	2	22,2%	7	10,1%	17	28,3%	4	21,1%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Nada bem	7	17,5%	18	12,8%
Não muito bem	13	32,5%	46	32,6%
Moderadamente bem	10	25,0%	39	27,7%
Muito bem	3	7,5%	9	6,4%
Não sabe / Prefere não responder	7	17,5%	29	20,6%

E. 27. Como você considera sua formação nos aspectos éticos relacionados a alocação de recursos?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada boa	2	9,5%	9	10,6%	5	7,4%	1	14,3%
Não muito boa	6	28,6%	18	21,2%	8	11,8%	0	,0%
Moderadamente boa	9	42,9%	37	43,5%	28	41,2%	2	28,6%
Muito boa	2	9,5%	8	9,4%	20	29,4%	4	57,1%
Não sabe /Prefere não responder	2	9,5%	13	15,3%	7	10,3%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada boa	6	9,2%	10	10,3%	1	5,3%
Não muito boa	12	18,5%	20	20,6%	0	,0%
Moderadamente boa	33	50,8%	35	36,1%	8	42,1%
Muito boa	7	10,8%	19	19,6%	8	42,1%
Não sabe /Prefere não responder	7	10,8%	13	13,4%	2	10,5%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada boa	5	7,1%	2	4,9%	5	17,9%	5	12,5%
Não muito boa	11	15,7%	8	19,5%	6	21,4%	7	17,5%
Moderadamente boa	33	47,1%	19	46,3%	10	35,7%	13	32,5%
Muito boa	19	27,1%	7	17,1%	2	7,1%	5	12,5%
Não sabe /Prefere não responder	2	2,9%	5	12,2%	5	17,9%	10	25,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada boa	1	7,1%	1	5,3%	6	15,8%	1	4,5%	3	10,3%	5	8,5%
Não muito boa	3	21,4%	6	31,6%	8	21,1%	7	31,8%	4	13,8%	4	6,8%
Moderadamente boa	6	42,9%	9	47,4%	12	31,6%	7	31,8%	15	51,7%	27	45,8%
Muito boa	2	14,3%	1	5,3%	7	18,4%	3	13,6%	2	6,9%	19	32,2%
Não sabe /Prefere não responder	2	14,3%	2	10,5%	5	13,2%	4	18,2%	5	17,2%	4	6,8%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Nada boa	15	10,3%	0	,0%	2	9,5%
Não muito boa	25	17,1%	2	14,3%	5	23,8%
Moderadamente boa	60	41,1%	7	50,0%	9	42,9%
Muito boa	29	19,9%	3	21,4%	2	9,5%
Não sabe /Prefere não responder	17	11,6%	2	14,3%	3	14,3%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada boa	2	9,5%	1	33,3%	4	44,4%	6	8,7%	4	6,7%	0	,0%
Não muito boa	3	14,3%	1	33,3%	1	11,1%	13	18,8%	13	21,7%	1	5,3%
Moderadamente boa	10	47,6%	0	,0%	1	11,1%	32	46,4%	20	33,3%	13	68,4%
Muito boa	0	,0%	0	,0%	1	11,1%	16	23,2%	13	21,7%	4	21,1%
Não sabe /Prefere não responder	6	28,6%	1	33,3%	2	22,2%	2	2,9%	10	16,7%	1	5,3%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Nada boa	4	10,0%	13	9,2%
Não muito boa	5	12,5%	27	19,1%
Moderadamente boa	19	47,5%	57	40,4%
Muito boa	9	22,5%	25	17,7%
Não sabe /Prefere não responder	3	7,5%	19	13,5%

F. 28. Os gestores preocupam-se mais com os indicadores de desempenho do Hospital, do que fazer o certo para o paciente.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	9,5%	5	5,9%	11	16,2%	1	14,3%
Discordo parcialmente	7	33,3%	22	25,9%	20	29,4%	3	42,9%
Concordo parcialmente	6	28,6%	27	31,8%	23	33,8%	1	14,3%
Concordo totalmente	2	9,5%	25	29,4%	10	14,7%	1	14,3%
Prefiro não responder	4	19,0%	6	7,1%	4	5,9%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	6	9,2%	8	8,2%	5	26,3%
Discordo parcialmente	21	32,3%	23	23,7%	8	42,1%
Concordo parcialmente	20	30,8%	32	33,0%	5	26,3%
Concordo totalmente	14	21,5%	23	23,7%	1	5,3%
Prefiro não responder	4	6,2%	11	11,3%	0	,0%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	8	11,4%	2	4,9%	4	14,3%	5	12,5%
Discordo parcialmente	23	32,9%	13	31,7%	5	17,9%	10	25,0%
Concordo parcialmente	25	35,7%	14	34,1%	4	14,3%	13	32,5%
Concordo totalmente	10	14,3%	10	24,4%	13	46,4%	5	12,5%
Prefiro não responder	4	5,7%	2	4,9%	2	7,1%	7	17,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	14,3%	2	10,5%	3	7,9%	3	13,6%	1	3,4%	8	13,6%
Discordo parcialmente	6	42,9%	3	15,8%	6	15,8%	11	50,0%	10	34,5%	16	27,1%
Concordo parcialmente	4	28,6%	8	42,1%	11	28,9%	4	18,2%	7	24,1%	23	39,0%
Concordo totalmente	1	7,1%	4	21,1%	15	39,5%	1	4,5%	8	27,6%	9	15,3%
Prefiro não responder	1	7,1%	2	10,5%	3	7,9%	3	13,6%	3	10,3%	3	5,1%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	15	10,3%	3	21,4%	1	4,8%
Discordo parcialmente	42	28,8%	2	14,3%	8	38,1%
Concordo parcialmente	45	30,8%	5	35,7%	7	33,3%
Concordo totalmente	34	23,3%	2	14,3%	2	9,5%
Prefiro não responder	10	6,8%	2	14,3%	3	14,3%

4. Habilitações académicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	4	19,0%	0	,0%	1	11,1%	8	11,6%	6	10,0%	0	,0%
Discordo parcialmente	3	14,3%	1	33,3%	2	22,2%	18	26,1%	19	31,7%	9	47,4%
Concordo parcialmente	3	14,3%	1	33,3%	1	11,1%	24	34,8%	22	36,7%	6	31,6%
Concordo totalmente	7	33,3%	1	33,3%	5	55,6%	13	18,8%	9	15,0%	3	15,8%
Prefiro não responder	4	19,0%	0	,0%	0	,0%	6	8,7%	4	6,7%	1	5,3%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	6	15,0%	13	9,2%
Discordo parcialmente	5	12,5%	47	33,3%
Concordo parcialmente	15	37,5%	42	29,8%
Concordo totalmente	10	25,0%	28	19,9%
Prefiro não responder	4	10,0%	11	7,8%

F. 29. Os gestores preocupam-se com o comportamento ético mesmo quando pressionados.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	1	4,8%	4	4,7%	4	5,9%	1	14,3%
Discordo parcialmente	4	19,0%	38	44,7%	25	36,8%	3	42,9%
Concordo parcialmente	10	47,6%	24	28,2%	29	42,6%	2	28,6%
Concordo totalmente	2	9,5%	6	7,1%	5	7,4%	1	14,3%
Prefiro não responder	4	19,0%	13	15,3%	5	7,4%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	3	4,6%	7	7,2%	0	,0%
Discordo parcialmente	31	47,7%	35	36,1%	4	21,1%
Concordo parcialmente	19	29,2%	36	37,1%	10	52,6%
Concordo totalmente	6	9,2%	3	3,1%	5	26,3%
Prefiro não responder	6	9,2%	16	16,5%	0	,0%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	6	8,6%	1	2,4%	2	7,1%	1	2,5%
Discordo parcialmente	26	37,1%	19	46,3%	11	39,3%	13	32,5%
Concordo parcialmente	24	34,3%	14	34,1%	9	32,1%	17	42,5%
Concordo totalmente	10	14,3%	0	,0%	1	3,6%	3	7,5%
Prefiro não responder	4	5,7%	7	17,1%	5	17,9%	6	15,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	1	7,1%	1	5,3%	2	5,3%	0	,0%	1	3,4%	5	8,5%
Discordo parcialmente	5	35,7%	6	31,6%	16	42,1%	4	18,2%	15	51,7%	24	40,7%
Concordo parcialmente	6	42,9%	8	42,1%	11	28,9%	11	50,0%	7	24,1%	22	37,3%
Concordo totalmente	1	7,1%	1	5,3%	4	10,5%	1	4,5%	2	6,9%	5	8,5%
Prefiro não responder	1	7,1%	3	15,8%	5	13,2%	6	27,3%	4	13,8%	3	5,1%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	10	6,8%	0	,0%	0	,0%
Discordo parcialmente	58	39,7%	3	21,4%	9	42,9%
Concordo parcialmente	48	32,9%	8	57,1%	9	42,9%
Concordo totalmente	12	8,2%	1	7,1%	1	4,8%
Prefiro não responder	18	12,3%	2	14,3%	2	9,5%

4. Habilitações académicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %
	Discordo totalmente	2	9,5%	0	,0%	0	,0%	4	5,8%	2	3,3%	2
Discordo parcialmente	5	23,8%	3	100,0%	5	55,6%	28	40,6%	23	38,3%	6	31,6%
Concordo parcialmente	7	33,3%	0	,0%	2	22,2%	26	37,7%	22	36,7%	8	42,1%
Concordo totalmente	2	9,5%	0	,0%	1	11,1%	7	10,1%	3	5,0%	1	5,3%
Prefiro não responder	5	23,8%	0	,0%	1	11,1%	4	5,8%	10	16,7%	2	10,5%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	6	15,0%	4	2,8%
Discordo parcialmente	12	30,0%	58	41,1%
Concordo parcialmente	16	40,0%	49	34,8%
Concordo totalmente	3	7,5%	11	7,8%
Prefiro não responder	3	7,5%	19	13,5%

F. 30. As decisões de contratação e promoção respeitam padrões éticos.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	9,5%	15	17,6%	7	10,3%	1	14,3%
Discordo parcialmente	6	28,6%	31	36,5%	25	36,8%	2	28,6%
Concordo parcialmente	6	28,6%	13	15,3%	16	23,5%	1	14,3%
Concordo totalmente	1	4,8%	4	4,7%	7	10,3%	2	28,6%
Prefiro não responder	6	28,6%	22	25,9%	13	19,1%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	7	10,8%	18	18,6%	0	,0%
Discordo parcialmente	29	44,6%	30	30,9%	5	26,3%
Concordo parcialmente	13	20,0%	19	19,6%	4	21,1%
Concordo totalmente	5	7,7%	4	4,1%	5	26,3%
Prefiro não responder	11	16,9%	26	26,8%	5	26,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	8	11,4%	9	22,0%	6	21,4%	2	5,0%
Discordo parcialmente	28	40,0%	17	41,5%	9	32,1%	9	22,5%
Concordo parcialmente	11	15,7%	6	14,6%	6	21,4%	13	32,5%
Concordo totalmente	11	15,7%	2	4,9%	0	,0%	1	2,5%
Prefiro não responder	12	17,1%	7	17,1%	7	25,0%	15	37,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	14,3%	1	5,3%	8	21,1%	2	9,1%	7	24,1%	5	8,5%
Discordo parcialmente	4	28,6%	5	26,3%	12	31,6%	8	36,4%	8	27,6%	27	45,8%
Concordo parcialmente	5	35,7%	7	36,8%	5	13,2%	4	18,2%	4	13,8%	11	18,6%
Concordo totalmente	0	,0%	1	5,3%	3	7,9%	0	,0%	3	10,3%	7	11,9%
Prefiro não responder	3	21,4%	5	26,3%	10	26,3%	8	36,4%	7	24,1%	9	15,3%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	21	14,4%	2	14,3%	2	9,5%
Discordo parcialmente	52	35,6%	3	21,4%	9	42,9%
Concordo parcialmente	30	20,5%	2	14,3%	4	19,0%
Concordo totalmente	12	8,2%	1	7,1%	1	4,8%
Prefiro não responder	31	21,2%	6	42,9%	5	23,8%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	9,5%	0	,0%	2	22,2%	11	15,9%	8	13,3%	2	10,5%
Discordo parcialmente	4	19,0%	1	33,3%	2	22,2%	24	34,8%	26	43,3%	7	36,8%
Concordo parcialmente	8	38,1%	2	66,7%	2	22,2%	14	20,3%	10	16,7%	0	,0%
Concordo totalmente	0	,0%	0	,0%	0	,0%	9	13,0%	3	5,0%	2	10,5%
Prefiro não responder	7	33,3%	0	,0%	3	33,3%	11	15,9%	13	21,7%	8	42,1%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	9	22,5%	16	11,3%
Discordo parcialmente	10	25,0%	54	38,3%
Concordo parcialmente	9	22,5%	27	19,1%
Concordo totalmente	3	7,5%	11	7,8%
Prefiro não responder	9	22,5%	33	23,4%

F. 31. Com que frequência os gestores dão o feedback positivo a posturas éticas?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	10	47,6%	44	51,8%	26	38,2%	2	28,6%
Ocasionalmente	9	42,9%	19	22,4%	26	38,2%	1	14,3%
Cerca de metade dos casos	1	4,8%	5	5,9%	4	5,9%	1	14,3%
Normalmente	0	,0%	8	9,4%	6	8,8%	1	14,3%
Quase sempre	0	,0%	1	1,2%	4	5,9%	1	14,3%
Prefiro não responder	1	4,8%	8	9,4%	2	2,9%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	30	46,2%	50	51,5%	2	10,5%
Ocasionalmente	20	30,8%	30	30,9%	5	26,3%
Cerca de metade dos casos	3	4,6%	2	2,1%	6	31,6%
Normalmente	5	7,7%	5	5,2%	5	26,3%
Quase sempre	4	6,2%	2	2,1%	0	,0%
Prefiro não responder	3	4,6%	8	8,2%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em enfermagem		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	30	42,9%	24	58,5%	14	50,0%	13	32,5%
Ocasionalmente	20	28,6%	11	26,8%	7	25,0%	16	40,0%
Cerca de metade dos casos	8	11,4%	1	2,4%	0	,0%	2	5,0%
Normalmente	6	8,6%	2	4,9%	3	10,7%	4	10,0%
Quase sempre	2	2,9%	1	2,4%	1	3,6%	2	5,0%
Prefiro não responder	4	5,7%	2	4,9%	3	10,7%	3	7,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	4	28,6%	9	47,4%	21	55,3%	8	36,4%	15	51,7%	25	42,4%
Ocasionalmente	8	57,1%	7	36,8%	9	23,7%	6	27,3%	4	13,8%	21	35,6%
Cerca de metade dos casos	1	7,1%	0	,0%	1	2,6%	1	4,5%	3	10,3%	5	1,0%
Normalmente	1	7,1%	1	5,3%	4	10,5%	3	13,6%	2	6,9%	4	6,8%
Quase sempre	0	,0%	1	5,3%	1	2,6%	0	,0%	2	6,9%	2	3,4%
Prefiro não responder	0	,0%	1	5,3%	2	5,3%	4	18,2%	3	10,3%	2	3,4%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	72	49,3%	3	21,4%	7	33,3%
Ocasionalmente	38	26,0%	6	42,9%	11	52,4%
Cerca de metade dos casos	8	5,5%	1	7,1%	2	9,5%
Normalmente	11	7,5%	3	21,4%	1	4,8%
Quase sempre	6	4,1%	0	,0%	0	,0%
Prefiro não responder	11	7,5%	1	7,1%	0	,0%

4. Habilitações académicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	6	28,6%	1	33,3%	6	66,7%	34	49,3%	27	45,0%	8	42,1%
Ocasionalmente	7	33,3%	2	66,7%	1	11,1%	21	30,4%	16	26,7%	8	42,1%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	5	7,2%	4	6,7%	2	10,5%
Normalmente	4	19,0%	0	,0%	2	22,2%	4	5,8%	4	6,7%	1	5,3%
Quase sempre	1	4,8%	0	,0%	0	,0%	2	2,9%	3	5,0%	0	,0%
Prefiro não responder	3	14,3%	0	,0%	0	,0%	3	4,3%	6	10,0%	0	,0%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	17	42,5%	65	46,1%
Ocasionalmente	16	40,0%	39	27,7%
Cerca de metade dos casos	1	2,5%	10	7,1%
Normalmente	4	10,0%	11	7,8%
Quase sempre	0	,0%	6	4,3%
Prefiro não responder	2	5,0%	10	7,1%

F. 32. Os gestores não toleram retaliações ao relatar uma potencial violação ética.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	1	4,8%	3	3,5%	2	2,9%	1	14,3%
Discordo parcialmente	7	33,3%	18	21,2%	13	19,1%	2	28,6%
Concordo parcialmente	6	28,6%	24	28,2%	27	39,7%	4	57,1%
Concordo totalmente	1	4,8%	6	7,1%	7	10,3%	0	,0%
Prefiro não responder	6	28,6%	34	40,0%	19	27,9%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	4	6,2%	2	2,1%	1	5,3%
Discordo parcialmente	18	27,7%	16	16,5%	6	31,6%
Concordo parcialmente	19	29,2%	37	38,1%	5	26,3%
Concordo totalmente	6	9,2%	7	7,2%	1	5,3%
Prefiro não responder	18	27,7%	35	36,1%	6	31,6%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	5	7,1%	0	,0%	1	3,6%	1	2,5%
Discordo parcialmente	15	21,4%	11	26,8%	2	7,1%	12	30,0%
Concordo parcialmente	24	34,3%	17	41,5%	7	25,0%	12	30,0%
Concordo totalmente	4	5,7%	3	7,3%	4	14,3%	3	7,5%
Prefiro não responder	22	31,4%	10	24,4%	14	50,0%	12	30,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	0	,0%	2	10,5%	2	5,3%	0	,0%	0	,0%	3	5,1%
Discordo parcialmente	5	35,7%	4	21,1%	9	23,7%	2	9,1%	6	20,7%	14	23,7%
Concordo parcialmente	6	42,9%	4	21,1%	8	21,1%	9	40,9%	8	27,6%	26	44,1%
Concordo totalmente	1	7,1%	3	15,8%	4	10,5%	1	4,5%	2	6,9%	3	5,1%
Prefiro não responder	2	14,3%	6	31,6%	15	39,5%	10	45,5%	13	44,8%	13	22,0%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	4	2,7%	2	14,3%	1	4,8%
Discordo parcialmente	30	20,5%	3	21,4%	7	33,3%
Concordo parcialmente	50	34,2%	5	35,7%	6	28,6%
Concordo totalmente	13	8,9%	0	,0%	1	4,8%
Prefiro não responder	49	33,6%	4	28,6%	6	28,6%

4. Habilitações académicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	1	4,8%	0	,0%	1	11,1%	3	4,3%	1	1,7%	1	5,3%
Discordo parcialmente	6	28,6%	1	33,3%	1	11,1%	15	21,7%	12	20,0%	5	26,3%
Concordo parcialmente	4	19,0%	1	33,3%	4	44,4%	26	37,7%	22	36,7%	4	21,1%
Concordo totalmente	3	14,3%	1	33,3%	0	,0%	4	5,8%	6	10,0%	0	,0%
Prefiro não responder	7	33,3%	0	,0%	3	33,3%	21	30,4%	19	31,7%	9	47,4%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	4	10,0%	3	2,1%
Discordo parcialmente	12	30,0%	28	19,9%
Concordo parcialmente	10	25,0%	51	36,2%
Concordo totalmente	5	12,5%	9	6,4%
Prefiro não responder	9	22,5%	50	35,5%

F. 33. Com frequência os gestores impedem a admissão de profissionais com posturas éticas questionáveis?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	4,8%	15	17,6%	13	19,1%	3	42,9%
Ocasionalmente	3	14,3%	18	21,2%	15	22,1%	2	28,6%
Cerca de metade dos casos	1	4,8%	2	2,4%	3	4,4%	0	,0%
Normalmente	5	23,8%	13	15,3%	18	26,5%	1	14,3%
Quase sempre	2	9,5%	5	5,9%	5	7,4%	1	14,3%
Prefiro não responder	9	42,9%	32	37,6%	14	20,6%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	10	15,4%	18	18,6%	4	21,1%
Ocasionalmente	16	24,6%	15	15,5%	7	36,8%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	6	6,2%	0	,0%
Normalmente	13	20,0%	19	19,6%	5	26,3%
Quase sempre	4	6,2%	8	8,2%	1	5,3%
Prefiro não responder	22	33,8%	31	32,0%	2	10,5%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	18	25,7%	9	22,0%	4	14,3%	1	2,5%
Ocasionalmente	17	24,3%	9	22,0%	5	17,9%	7	17,5%
Cerca de metade dos casos	4	5,7%	0	,0%	0	,0%	2	5,0%
Normalmente	16	22,9%	6	14,6%	8	28,6%	7	17,5%
Quase sempre	3	4,3%	0	,0%	4	14,3%	6	15,0%
Prefiro não responder	12	17,1%	17	41,5%	7	25,0%	17	42,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	7,1%	1	5,3%	7	18,4%	4	18,2%	4	13,8%	15	25,4%
Ocasionalmente	3	21,4%	2	10,5%	7	18,4%	4	18,2%	6	20,7%	16	27,1%
Cerca de metade dos casos	1	7,1%	0	,0%	0	,0%	1	4,5%	1	3,4%	3	5,1%
Normalmente	6	42,9%	4	21,1%	5	13,2%	2	9,1%	7	24,1%	13	22,0%
Quase sempre	1	7,1%	4	21,1%	4	10,5%	1	4,5%	1	3,4%	2	3,4%
Prefiro não responder	2	14,3%	8	42,1%	15	39,5%	10	45,5%	10	34,5%	10	16,9%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	30	20,5%	2	14,3%	0	,0%
Ocasionalmente	32	21,9%	5	35,7%	1	4,8%
Cerca de metade dos casos	3	2,1%	1	7,1%	2	9,5%
Normalmente	28	19,2%	4	28,6%	5	23,8%
Quase sempre	9	6,2%	1	7,1%	3	14,3%
Prefiro não responder	44	30,1%	1	7,1%	10	47,6%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	2	9,5%	0	,0%	1	11,1%	12	17,4%	12	20,0%	5	26,3%
Ocasionalmente	0	,0%	2	66,7%	3	33,3%	19	27,5%	11	18,3%	3	15,8%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	1,4%	4	6,7%	1	5,3%
Normalmente	6	28,6%	1	33,3%	0	,0%	16	23,2%	11	18,3%	3	15,8%
Quase sempre	4	19,0%	0	,0%	3	33,3%	4	5,8%	2	3,3%	0	,0%
Prefiro não responder	9	42,9%	0	,0%	2	22,2%	17	24,6%	20	33,3%	7	36,8%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	8	20,0%	24	17,0%
Ocasionalmente	11	27,5%	27	19,1%
Cerca de metade dos casos	2	5,0%	4	2,8%
Normalmente	7	17,5%	30	21,3%
Quase sempre	2	5,0%	11	7,8%
Prefiro não responder	10	25,0%	45	31,9%

F. 34. Os gestores comunicam que a ética é uma prioridade.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	2	9,5%	19	22,4%	7	10,3%	2	28,6%
Não muito bem	7	33,3%	26	30,6%	26	38,2%	0	,0%
Moderadamente bem	6	28,6%	13	15,3%	13	19,1%	2	28,6%
Muito bem	3	14,3%	16	18,8%	14	20,6%	2	28,6%
Não sabe / Prefere não responder	3	14,3%	11	12,9%	8	11,8%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada bem	11	16,9%	17	17,5%	2	10,5%
Não muito bem	22	33,8%	30	30,9%	7	36,8%
Moderadamente bem	11	16,9%	20	20,6%	3	15,8%
Muito bem	14	21,5%	15	15,5%	6	31,6%
Não sabe / Prefere não responder	7	10,8%	15	15,5%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	14	20,0%	8	19,5%	5	17,9%	3	7,5%
Não muito bem	24	34,3%	12	29,3%	7	25,0%	16	40,0%
Moderadamente bem	16	22,9%	6	14,6%	5	17,9%	7	17,5%
Muito bem	13	18,6%	8	19,5%	4	14,3%	10	25,0%
Não sabe / Prefere não responder	3	4,3%	7	17,1%	7	25,0%	4	10,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	1	7,1%	0	,0%	12	31,6%	2	9,1%	5	17,2%	10	16,9%
Não muito bem	5	35,7%	7	36,8%	11	28,9%	7	31,8%	7	24,1%	22	37,3%
Moderadamente bem	4	28,6%	5	26,3%	4	10,5%	6	27,3%	6	20,7%	9	15,3%
Muito bem	3	21,4%	3	15,8%	6	15,8%	3	13,6%	9	31,0%	11	18,6%
Não sabe / Prefere não responder	1	7,1%	4	21,1%	5	13,2%	4	18,2%	2	6,9%	7	11,9%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Nada bem	28	19,2%	1	7,1%	1	4,8%
Não muito bem	49	33,6%	3	21,4%	7	33,3%
Moderadamente bem	22	15,1%	5	35,7%	7	33,3%
Muito bem	28	19,2%	4	28,6%	3	14,3%
Não sabe / Prefere não responder	19	13,0%	1	7,1%	3	14,3%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	0	,0%	0	,0%	3	33,3%	9	13,0%	11	18,3%	7	36,8%
Não muito bem	4	19,0%	2	66,7%	1	11,1%	28	40,6%	19	31,7%	5	26,3%
Moderadamente bem	5	23,8%	1	33,3%	0	,0%	13	18,8%	11	18,3%	4	21,1%
Muito bem	7	33,3%	0	,0%	2	22,2%	14	20,3%	10	16,7%	2	10,5%
Não sabe / Prefere não responder	5	23,8%	0	,0%	3	33,3%	5	7,2%	9	15,0%	1	5,3%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Nada bem	9	22,5%	21	14,9%
Não muito bem	11	27,5%	48	34,0%
Moderadamente bem	10	25,0%	24	17,0%
Muito bem	8	20,0%	27	19,1%
Não sabe / Prefere não responder	2	5,0%	21	14,9%

F. 35. Os gestores consideram as opiniões da equipe quando tomam decisões com implicações éticas.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	0	,0%	15	17,6%	5	7,4%	1	14,3%
Não muito bem	4	19,0%	20	23,5%	18	26,5%	1	14,3%
Moderadamente bem	13	61,9%	21	24,7%	23	33,8%	2	28,6%
Muito bem	2	9,5%	13	15,3%	10	14,7%	2	28,6%
Não sabe / Prefere não responder	2	9,5%	16	18,8%	12	17,6%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada bem	7	10,8%	14	14,4%	0	,0%
Não muito bem	17	26,2%	24	24,7%	2	10,5%
Moderadamente bem	19	29,2%	32	33,0%	8	42,1%
Muito bem	12	18,5%	8	8,2%	7	36,8%
Não sabe / Prefere não responder	10	15,4%	19	19,6%	2	10,5%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	8	11,4%	7	17,1%	3	10,7%	3	7,5%
Não muito bem	16	22,9%	12	29,3%	8	28,6%	6	15,0%
Moderadamente bem	23	32,9%	12	29,3%	9	32,1%	15	37,5%
Muito bem	15	21,4%	2	4,9%	3	10,7%	7	17,5%
Não sabe / Prefere não responder	8	11,4%	8	19,5%	5	17,9%	9	22,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	1	7,1%	0	,0%	5	13,2%	2	9,1%	7	24,1%	6	10,2%
Não muito bem	1	7,1%	5	26,3%	12	31,6%	5	22,7%	5	17,2%	15	25,4%
Moderadamente bem	8	57,1%	9	47,4%	10	26,3%	8	36,4%	6	20,7%	18	30,5%
Muito bem	2	14,3%	3	15,8%	6	15,8%	2	9,1%	5	17,2%	9	15,3%
Não sabe / Prefere não responder	2	14,3%	2	10,5%	5	13,2%	5	22,7%	6	20,7%	11	18,6%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Nada bem	18	12,3%	1	7,1%	2	9,5%
Não muito bem	39	26,7%	1	7,1%	3	14,3%
Moderadamente bem	43	29,5%	7	50,0%	9	42,9%
Muito bem	21	14,4%	3	21,4%	3	14,3%
Não sabe / Prefere não responder	25	17,1%	2	14,3%	4	19,0%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	2	9,5%	0	,0%	2	22,2%	10	14,5%	4	6,7%	3	15,8%
Não muito bem	3	14,3%	1	33,3%	2	22,2%	21	30,4%	14	23,3%	2	10,5%
Moderadamente bem	9	42,9%	2	66,7%	1	11,1%	20	29,0%	20	33,3%	7	36,8%
Muito bem	3	14,3%	0	,0%	2	22,2%	12	17,4%	7	11,7%	3	15,8%
Não sabe / Prefere não responder	4	19,0%	0	,0%	2	22,2%	6	8,7%	15	25,0%	4	21,1%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Nada bem	3	7,5%	18	12,8%
Não muito bem	10	25,0%	33	23,4%
Moderadamente bem	14	35,0%	45	31,9%
Muito bem	6	15,0%	21	14,9%
Não sabe / Prefere não responder	7	17,5%	24	17,0%

F. 36. Os gestores consideram as opiniões dos mais experientes quando tomam decisões com implicações éticas.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	0	,0%	5	5,9%	6	8,8%	1	14,3%
Não muito bem	5	23,8%	29	34,1%	17	25,0%	0	,0%
Moderadamente bem	5	23,8%	19	22,4%	24	35,3%	3	42,9%
Muito bem	4	19,0%	15	17,6%	13	19,1%	2	28,6%
Não sabe / Prefere não responder	7	33,3%	17	20,0%	8	11,8%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Nada bem	5	7,7%	5	5,2%	2	10,5%
Não muito bem	17	26,2%	33	34,0%	1	5,3%
Moderadamente bem	21	32,3%	22	22,7%	8	42,1%
Muito bem	14	21,5%	13	13,4%	7	36,8%
Não sabe / Prefere não responder	8	12,3%	24	24,7%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	7	10,0%	3	7,3%	0	,0%	2	5,0%
Não muito bem	17	24,3%	15	36,6%	14	50,0%	4	10,0%
Moderadamente bem	23	32,9%	10	24,4%	6	21,4%	12	30,0%
Muito bem	17	24,3%	3	7,3%	4	14,3%	10	25,0%
Não sabe / Prefere não responder	6	8,6%	10	24,4%	4	14,3%	12	30,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	1	7,1%	1	5,3%	1	2,6%	1	4,5%	1	3,4%	7	11,9%
Não muito bem	1	7,1%	5	26,3%	15	39,5%	7	31,8%	10	34,5%	13	22,0%
Moderadamente bem	5	35,7%	5	26,3%	10	26,3%	6	27,3%	5	17,2%	20	33,9%
Muito bem	3	21,4%	3	15,8%	5	13,2%	4	18,2%	7	24,1%	12	20,3%
Não sabe / Prefere não responder	4	28,6%	5	26,3%	7	18,4%	4	18,2%	6	20,7%	7	11,9%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Nada bem	12	8,2%	0	,0%	0	,0%
Não muito bem	44	30,1%	3	21,4%	4	19,0%
Moderadamente bem	41	28,1%	6	42,9%	4	19,0%
Muito bem	27	18,5%	3	21,4%	4	19,0%
Não sabe / Prefere não responder	22	15,1%	2	14,3%	9	42,9%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada bem	1	4,8%	0	,0%	0	,0%	2	2,9%	6	10,0%	3	15,8%
Não muito bem	5	23,8%	1	33,3%	5	55,6%	24	34,8%	13	21,7%	3	15,8%
Moderadamente bem	5	23,8%	2	66,7%	1	11,1%	24	34,8%	16	26,7%	3	15,8%
Muito bem	4	19,0%	0	,0%	2	22,2%	12	17,4%	10	16,7%	6	31,6%
Não sabe / Prefere não responder	6	28,6%	0	,0%	1	11,1%	7	10,1%	15	25,0%	4	21,1%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Nada bem	2	5,0%	10	7,1%
Não muito bem	10	25,0%	41	29,1%
Moderadamente bem	14	35,0%	37	26,2%
Muito bem	7	17,5%	27	19,1%
Não sabe / Prefere não responder	7	17,5%	26	18,4%

F. 37. Seu superior hierárquico considera a conduta ética na avaliação de desempenho?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	18	85,7%	49	57,6%	45	66,2%	6	85,7%
Não	0	,0%	12	14,1%	7	10,3%	1	14,3%
Não sabe / Prefere não responder	3	14,3%	24	28,2%	16	23,5%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Sim	47	72,3%	59	60,8%	12	63,2%
Não	8	12,3%	11	11,3%	1	5,3%
Não sabe / Prefere não responder	10	15,4%	27	27,8%	6	31,6%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	47	67,1%	27	65,9%	17	60,7%	26	65,0%
Não	11	15,7%	5	12,2%	2	7,1%	2	5,0%
Não sabe / Prefere não responder	12	17,1%	9	22,0%	9	32,1%	12	30,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	10	71,4%	16	84,2%	22	57,9%	14	63,6%	19	65,5%	37	62,7%
Não	1	7,1%	0	,0%	6	15,8%	3	13,6%	1	3,4%	9	15,3%
Não sabe / Prefere não responder	3	21,4%	3	15,8%	10	26,3%	5	22,7%	9	31,0%	13	22,0%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Sim	93	63,7%	9	64,3%	16	76,2%
Não	17	11,6%	2	14,3%	1	4,8%
Não sabe / Prefere não responder	36	24,7%	3	21,4%	4	19,0%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	16	76,2%	3	100,0%	3	33,3%	46	66,7%	40	66,7%	10	52,6%
Não	0	,0%	0	,0%	2	22,2%	7	10,1%	8	13,3%	3	15,8%
Não sabe / Prefere não responder	5	23,8%	0	,0%	4	44,4%	16	23,2%	12	20,0%	6	31,6%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Sim	31	77,5%	87	61,7%
Não	6	15,0%	14	9,9%
Não sabe / Prefere não responder	3	7,5%	40	28,4%

G. 38. Com que frequência recebe comunicações da gerência que causam incertezas ou preocupações éticas?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	11	52,4%	39	45,9%	27	39,7%	4	57,1%
Ocasionalmente	8	38,1%	25	29,4%	22	32,4%	2	28,6%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	2	2,4%	2	2,9%	0	,0%
Normalmente	1	4,8%	9	10,6%	8	11,8%	0	,0%
Quase sempre	0	,0%	5	5,9%	4	5,9%	0	,0%
Prefiro não responder	1	4,8%	5	5,9%	5	7,4%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	31	47,7%	43	44,3%	7	36,8%
Ocasionalmente	18	27,7%	32	33,0%	7	36,8%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	3	3,1%	1	5,3%
Normalmente	10	15,4%	6	6,2%	2	10,5%
Quase sempre	3	4,6%	5	5,2%	1	5,3%
Prefiro não responder	3	4,6%	8	8,2%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	31	44,3%	22	53,7%	11	39,3%	17	42,5%
Ocasionalmente	26	37,1%	11	26,8%	10	35,7%	10	25,0%
Cerca de metade dos casos	2	2,9%	0	,0%	0	,0%	2	5,0%
Normalmente	7	10,0%	2	4,9%	4	14,3%	5	12,5%
Quase sempre	2	2,9%	4	9,8%	1	3,6%	1	2,5%
Prefiro não responder	2	2,9%	2	4,9%	2	7,1%	5	12,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	8	57,1%	10	52,6%	14	36,8%	10	45,5%	16	55,2%	23	39,0%
Ocasionalmente	3	21,4%	4	21,1%	13	34,2%	7	31,8%	7	24,1%	23	39,0%
Cerca de metade dos casos	2	14,3%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	3,4%
Normalmente	1	7,1%	2	10,5%	7	18,4%	1	4,5%	3	10,3%	4	6,8%
Quase sempre	0	,0%	1	5,3%	3	7,9%	1	4,5%	1	3,4%	3	5,1%
Prefiro não responder	0	,0%	2	10,5%	1	2,6%	3	13,6%	2	6,9%	4	6,8%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	64	43,8%	7	50,0%	10	47,6%
Ocasionalmente	49	33,6%	3	21,4%	5	23,8%
Cerca de metade dos casos	1	,7%	2	14,3%	1	4,8%
Normalmente	15	10,3%	1	7,1%	2	9,5%
Quase sempre	8	5,5%	0	,0%	1	4,8%
Prefiro não responder	9	6,2%	1	7,1%	2	9,5%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	8	38,1%	1	33,3%	3	33,3%	37	53,6%	21	35,0%	11	57,9%
Ocasionalmente	7	33,3%	0	,0%	2	22,2%	21	30,4%	22	36,7%	5	26,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1	1,4%	3	5,0%	0	,0%
Normalmente	2	9,5%	2	66,7%	3	33,3%	7	10,1%	2	3,3%	2	10,5%
Quase sempre	1	4,8%	0	,0%	0	,0%	2	2,9%	5	8,3%	1	5,3%
Prefiro não responder	3	14,3%	0	,0%	1	11,1%	1	1,4%	7	11,7%	0	,0%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	19	47,5%	62	44,0%
Ocasionalmente	13	32,5%	44	31,2%
Cerca de metade dos casos	2	5,0%	2	1,4%
Normalmente	2	5,0%	16	11,3%
Quase sempre	2	5,0%	7	5,0%
Prefiro não responder	2	5,0%	10	7,1%

G. 39. Com que frequência as relações interpessoais entre profissionais influenciam negativamente as decisões da gestão?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	6	28,6%	16	18,8%	15	22,1%	2	28,6%
Ocasionalmente	8	38,1%	31	36,5%	28	41,2%	1	14,3%
Cerca de metade dos casos	1	4,8%	7	8,2%	5	7,4%	0	,0%
Normalmente	1	4,8%	10	11,8%	5	7,4%	0	,0%
Quase sempre	3	14,3%	16	18,8%	5	7,4%	2	28,6%
Prefiro não responder	2	9,5%	5	5,9%	10	14,7%	2	28,6%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	16	24,6%	18	18,6%	5	26,3%
Ocasionalmente	22	33,8%	35	36,1%	11	57,9%
Cerca de metade dos casos	6	9,2%	6	6,2%	1	5,3%
Normalmente	6	9,2%	9	9,3%	1	5,3%
Quase sempre	7	10,8%	18	18,6%	1	5,3%
Prefiro não responder	8	12,3%	11	11,3%	0	,0%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	18	25,7%	7	17,1%	10	35,7%	4	10,0%
Ocasionalmente	31	44,3%	15	36,6%	7	25,0%	15	37,5%
Cerca de metade dos casos	5	7,1%	3	7,3%	0	,0%	5	12,5%
Normalmente	5	7,1%	4	9,8%	4	14,3%	3	7,5%
Quase sempre	6	8,6%	9	22,0%	4	14,3%	6	15,0%
Prefiro não responder	5	7,1%	3	7,3%	3	10,7%	7	17,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	3	21,4%	7	36,8%	11	28,9%	2	9,1%	5	17,2%	11	18,6%
Ocasionalmente	7	50,0%	5	26,3%	7	18,4%	12	54,5%	12	41,4%	25	42,4%
Cerca de metade dos casos	2	14,3%	1	5,3%	3	7,9%	1	4,5%	1	3,4%	5	8,5%
Normalmente	0	,0%	0	,0%	9	23,7%	2	9,1%	1	3,4%	4	6,8%
Quase sempre	1	7,1%	3	15,8%	6	15,8%	2	9,1%	8	27,6%	6	10,2%
Prefiro não responder	1	7,1%	3	15,8%	2	5,3%	3	13,6%	2	6,9%	8	13,6%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	32	21,9%	2	14,3%	5	23,8%
Ocasionalmente	51	34,9%	8	57,1%	9	42,9%
Cerca de metade dos casos	12	8,2%	1	7,1%	0	,0%
Normalmente	13	8,9%	3	21,4%	0	,0%
Quase sempre	22	15,1%	0	,0%	4	19,0%
Prefiro não responder	16	11,0%	0	,0%	3	14,3%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	
	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %
Quase nunca	7	33,3%	0	,0%	3	33,3%	15	21,7%	11	18,3%	3	15,8%
Ocasionalmente	8	38,1%	0	,0%	1	11,1%	25	36,2%	28	46,7%	6	31,6%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	5	7,2%	7	11,7%	1	5,3%
Normalmente	0	,0%	0	,0%	1	11,1%	7	10,1%	6	10,0%	2	10,5%
Quase sempre	3	14,3%	2	66,7%	3	33,3%	10	14,5%	3	5,0%	5	26,3%
Prefiro não responder	3	14,3%	1	33,3%	1	11,1%	7	10,1%	5	8,3%	2	10,5%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	9	22,5%	30	21,3%
Ocasionalmente	16	40,0%	52	36,9%
Cerca de metade dos casos	1	2,5%	12	8,5%
Normalmente	6	15,0%	10	7,1%
Quase sempre	5	12,5%	21	14,9%
Prefiro não responder	3	7,5%	16	11,3%

G. 40. Os profissionais têm a liberdade de conversar com seus superiores hierárquicos sobre preocupações éticas sem temer medidas de retaliação.

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	9,5%	4	4,7%	4	5,9%	1	14,3%
Discordo parcialmente	1	4,8%	17	20,0%	11	16,2%	0	,0%
Concordo parcialmente	11	52,4%	40	47,1%	37	54,4%	5	71,4%
Concordo totalmente	4	19,0%	18	21,2%	11	16,2%	0	,0%
Prefiro não responder	3	14,3%	6	7,1%	5	7,4%	1	14,3%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	4	6,2%	6	6,2%	1	5,3%
Discordo parcialmente	14	21,5%	14	14,4%	1	5,3%
Concordo parcialmente	32	49,2%	54	55,7%	7	36,8%
Concordo totalmente	10	15,4%	14	14,4%	9	47,4%
Prefiro não responder	5	7,7%	9	9,3%	1	5,3%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	4	5,7%	2	4,9%	3	10,7%	1	2,5%
Discordo parcialmente	8	11,4%	11	26,8%	4	14,3%	6	15,0%
Concordo parcialmente	39	55,7%	18	43,9%	14	50,0%	21	52,5%
Concordo totalmente	16	22,9%	6	14,6%	4	14,3%	7	17,5%
Prefiro não responder	3	4,3%	4	9,8%	3	10,7%	5	12,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	14,3%	3	15,8%	1	2,6%	1	4,5%	0	,0%	4	6,8%
Discordo parcialmente	1	7,1%	2	10,5%	10	26,3%	3	13,6%	2	6,9%	11	18,6%
Concordo parcialmente	5	35,7%	9	47,4%	18	47,4%	12	54,5%	17	58,6%	32	54,2%
Concordo totalmente	3	21,4%	4	21,1%	8	21,1%	4	18,2%	7	24,1%	7	11,9%
Prefiro não responder	3	21,4%	1	5,3%	1	2,6%	2	9,1%	3	10,3%	5	8,5%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Discordo totalmente	10	6,8%	0	,0%	1	4,8%
Discordo parcialmente	22	15,1%	2	14,3%	5	23,8%
Concordo parcialmente	73	50,0%	10	71,4%	10	47,6%
Concordo totalmente	28	19,2%	2	14,3%	3	14,3%
Prefiro não responder	13	8,9%	0	,0%	2	9,5%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	Column	
	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %	Count	N %
Discordo totalmente	2	9,5%	0	,0%	0	,0%	2	2,9%	5	8,3%	2	10,5%
Discordo parcialmente	1	4,8%	1	33,3%	1	11,1%	12	17,4%	11	18,3%	3	15,8%
Concordo parcialmente	11	52,4%	1	33,3%	6	66,7%	37	53,6%	30	50,0%	8	42,1%
Concordo totalmente	3	14,3%	1	33,3%	2	22,2%	13	18,8%	11	18,3%	3	15,8%
Prefiro não responder	4	19,0%	0	,0%	0	,0%	5	7,2%	3	5,0%	3	15,8%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	5,0%	9	6,4%
Discordo parcialmente	5	12,5%	24	17,0%
Concordo parcialmente	23	57,5%	70	49,6%
Concordo totalmente	6	15,0%	27	19,1%
Prefiro não responder	4	10,0%	11	7,8%

G. 41. Com que frequência você se sente confortável relatando uma não conformidade ou uma violação a um superior hierárquico?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	4,8%	9	10,6%	14	20,6%	2	28,6%
Ocasionalmente	5	23,8%	24	28,2%	16	23,5%	0	,0%
Cerca de metade dos casos	2	9,5%	4	4,7%	4	5,9%	0	,0%
Normalmente	7	33,3%	28	32,9%	20	29,4%	2	28,6%
Quase sempre	5	23,8%	18	21,2%	11	16,2%	1	14,3%
Prefiro não responder	1	4,8%	2	2,4%	3	4,4%	2	28,6%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	9	13,8%	13	13,4%	4	21,1%
Ocasionalmente	17	26,2%	26	26,8%	2	10,5%
Cerca de metade dos casos	2	3,1%	6	6,2%	2	10,5%
Normalmente	21	32,3%	32	33,0%	4	21,1%
Quase sempre	12	18,5%	16	16,5%	7	36,8%
Prefiro não responder	4	6,2%	4	4,1%	0	,0%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	8	11,4%	5	12,2%	6	21,4%	5	12,5%
Ocasionalmente	15	21,4%	11	26,8%	8	28,6%	11	27,5%
Cerca de metade dos casos	6	8,6%	2	4,9%	0	,0%	2	5,0%
Normalmente	23	32,9%	15	36,6%	6	21,4%	13	32,5%
Quase sempre	17	24,3%	6	14,6%	6	21,4%	6	15,0%
Prefiro não responder	1	1,4%	2	4,9%	2	7,1%	3	7,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	1	7,1%	2	10,5%	3	7,9%	3	13,6%	3	10,3%	14	23,7%
Ocasionalmente	5	35,7%	5	26,3%	14	36,8%	4	18,2%	5	17,2%	12	20,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	3	15,8%	2	5,3%	1	4,5%	1	3,4%	3	5,1%
Normalmente	4	28,6%	3	15,8%	13	34,2%	9	40,9%	10	34,5%	18	30,5%
Quase sempre	3	21,4%	5	26,3%	6	15,8%	4	18,2%	8	27,6%	9	15,3%
Prefiro não responder	1	7,1%	1	5,3%	0	,0%	1	4,5%	2	6,9%	3	5,1%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	24	16,4%	0	,0%	2	9,5%
Ocasionalmente	35	24,0%	2	14,3%	8	38,1%
Cerca de metade dos casos	6	4,1%	1	7,1%	3	14,3%
Normalmente	46	31,5%	9	64,3%	2	9,5%
Quase sempre	28	19,2%	2	14,3%	5	23,8%
Prefiro não responder	7	4,8%	0	,0%	1	4,8%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Quase nunca	4	19,0%	0	,0%	0	,0%	8	11,6%	10	16,7%	4	21,1%
Ocasionalmente	7	33,3%	3	100,0%	2	22,2%	16	23,2%	16	26,7%	1	5,3%
Cerca de metade dos casos	0	,0%	0	,0%	0	,0%	5	7,2%	4	6,7%	1	5,3%
Normalmente	4	19,0%	0	,0%	4	44,4%	24	34,8%	19	31,7%	6	31,6%
Quase sempre	4	19,0%	0	,0%	3	33,3%	13	18,8%	10	16,7%	5	26,3%
Prefiro não responder	2	9,5%	0	,0%	0	,0%	3	4,3%	1	1,7%	2	10,5%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Quase nunca	4	10,0%	22	15,6%
Ocasionalmente	11	27,5%	34	24,1%
Cerca de metade dos casos	4	10,0%	6	4,3%
Normalmente	13	32,5%	44	31,2%
Quase sempre	7	17,5%	28	19,9%
Prefiro não responder	1	2,5%	7	5,0%

G. 42. Você já reportou condutas que violam a lei ou padrões de conduta ética?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	8	38,1%	50	58,8%	42	61,8%	2	28,6%
Não	13	61,9%	24	28,2%	24	35,3%	5	71,4%
Não sabe	0	,0%	11	12,9%	2	2,9%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Sim	43	66,2%	49	50,5%	10	52,6%
Não	18	27,7%	41	42,3%	7	36,8%
Não sabe	4	6,2%	7	7,2%	2	10,5%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	44	62,9%	26	63,4%	8	28,6%	23	57,5%
Não	23	32,9%	13	31,7%	16	57,1%	13	32,5%
Não sabe	3	4,3%	2	4,9%	4	14,3%	4	10,0%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	9	64,3%	6	31,6%	18	47,4%	15	68,2%	18	62,1%	36	61,0%
Não	4	28,6%	13	68,4%	13	34,2%	4	18,2%	10	34,5%	22	37,3%
Não sabe	1	7,1%	0	,0%	7	18,4%	3	13,6%	1	3,4%	1	1,7%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Sim	84	57,5%	8	57,1%	10	47,6%
Não	52	35,6%	5	35,7%	9	42,9%
Não sabe	10	6,8%	1	7,1%	2	9,5%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	8	38,1%	2	66,7%	1	11,1%	47	68,1%	33	55,0%	11	57,9%
Não	10	47,6%	0	,0%	6	66,7%	18	26,1%	24	40,0%	8	42,1%
Não sabe	3	14,3%	1	33,3%	2	22,2%	4	5,8%	3	5,0%	0	,0%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Sim	22	55,0%	80	56,7%
Não	17	42,5%	49	34,8%
Não sabe	1	2,5%	12	8,5%

G. 43. Qual a sua satisfação com a resposta ao que foi reportado?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito insatisfeito	0	,0%	7	14,0%	6	14,3%	1	50,0%
Insatisfeito	4	50,0%	13	26,0%	20	47,6%	1	50,0%
Neutro	0	,0%	8	16,0%	5	11,9%	0	,0%
Satisfeito	3	37,5%	20	40,0%	10	23,8%	0	,0%
Muito satisfeito	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
N/ao sabe / Prefere não responder	1	12,5%	2	4,0%	1	2,4%	0	,0%

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
Muito insatisfeito	5	11,6%	8	16,3%	1	10,0%
Insatisfeito	16	37,2%	17	34,7%	5	50,0%
Neutro	5	11,6%	8	16,3%	0	,0%
Satisfeito	14	32,6%	15	30,6%	4	40,0%
Muito satisfeito	0	,0%	0	,0%	0	,0%
N/ao sabe / Prefere não responder	3	7,0%	1	2,0%	0	,0%

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito insatisfeito	6	13,6%	1	3,8%	1	12,5%	5	21,7%
Insatisfeito	16	36,4%	10	38,5%	3	37,5%	9	39,1%
Neutro	7	15,9%	2	7,7%	2	25,0%	2	8,7%
Satisfeito	14	31,8%	12	46,2%	1	12,5%	6	26,1%
Muito satisfeito	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
N/ao sabe / Prefere não responder	1	2,3%	1	3,8%	1	12,5%	1	4,3%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito insatisfeito	1	11,1%	1	16,7%	3	16,7%	1	6,7%	2	11,1%	6	16,7%
Insatisfeito	6	66,7%	3	50,0%	6	33,3%	4	26,7%	1	5,6%	18	50,0%
Neutro	0	,0%	1	16,7%	2	11,1%	3	20,0%	4	22,2%	3	8,3%
Satisfeito	1	11,1%	1	16,7%	6	33,3%	6	40,0%	11	61,1%	8	22,2%
Muito satisfeito	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
N/ao sabe / Prefere não responder	1	11,1%	0	,0%	1	5,6%	1	6,7%	0	,0%	1	2,8%

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
Muito insatisfeito	12	14,3%	1	12,5%	1	10,0%
Insatisfeito	27	32,1%	4	50,0%	7	70,0%
Neutro	13	15,5%	0	,0%	0	,0%
Satisfeito	29	34,5%	3	37,5%	1	10,0%
Muito satisfeito	0	,0%	0	,0%	0	,0%
N/ao sabe / Prefere não responder	3	3,6%	0	,0%	1	10,0%

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %
Muito insatisfeito	2	25,0%	0	,0%	0	,0%	4	8,5%	5	15,2%	3	27,3%
Insatisfeito	1	12,5%	1	50,0%	1	100,0%	20	42,6%	10	30,3%	5	45,5%
Neutro	0	,0%	1	50,0%	0	,0%	2	4,3%	9	27,3%	1	9,1%
Satisfeito	3	37,5%	0	,0%	0	,0%	19	40,4%	9	27,3%	2	18,2%
Muito satisfeito	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
N/ao sabe / Prefere não responder	2	25,0%	0	,0%	0	,0%	2	4,3%	0	,0%	0	,0%

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Muito insatisfeito	5	22,7%	9	11,3%
Insatisfeito	8	36,4%	30	37,5%
Neutro	1	4,5%	12	15,0%
Satisfeito	8	36,4%	25	31,3%
Muito satisfeito	0	,0%	0	,0%
N/ao sabe / Prefere não responder	0	,0%	4	5,0%

H. 44. Como você classificaria seu Hospital do ponto de vista da ética – nada ético ou excepcionalmente ético, em uma escala de 0 a 10?

Faixa de idade	20 - 34		35 - 49		50 - 64		65 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	0	,0%	2	2,4%	2	2,9%	1	14,3%
2	0	,0%	3	3,6%	2	2,9%	1	14,3%
3	0	,0%	4	4,8%	1	1,5%	0	,0%
4	1	4,8%	8	9,6%	7	10,3%	0	,0%
5	5	23,8%	16	19,3%	6	8,8%	0	,0%
6	4	19,0%	16	19,3%	17	25,0%	2	28,6%
7	7	33,3%	15	18,1%	10	14,7%	1	14,3%
8	2	9,5%	15	18,1%	13	19,1%	1	14,3%
9	2	9,5%	2	2,4%	8	11,8%	0	,0%
10	0	,0%	2	2,4%	2	2,9%	1	14,3%
Média	6		6		6		6	

6. Cargo	Rotina		Plantonista		Comissionado	
	N	%	N	%	N	%
1	2	3,1%	3	3,2%	0	,0%
2	2	3,1%	4	4,2%	0	,0%
3	1	1,5%	4	4,2%	0	,0%
4	4	6,2%	11	11,6%	1	5,3%
5	8	12,3%	18	18,9%	1	5,3%
6	15	23,1%	15	15,8%	9	47,4%
7	10	15,4%	18	18,9%	5	26,3%
8	13	20,0%	17	17,9%	1	5,3%
9	7	10,8%	4	4,2%	1	5,3%
10	3	4,6%	1	1,1%	1	5,3%
Média	6		6		7	

5. Função	Médico		Enfermeiro		Técnico em		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	2	2,9%	2	4,9%	0	,0%	1	2,5%
2	2	2,9%	1	2,4%	0	,0%	2	5,0%
3	3	4,3%	0	,0%	2	7,7%	0	,0%
4	7	10,0%	4	9,8%	3	11,5%	2	5,0%
5	7	10,0%	9	22,0%	7	26,9%	4	10,0%
6	11	15,7%	10	24,4%	3	11,5%	15	37,5%
7	13	18,6%	7	17,1%	6	23,1%	7	17,5%
8	14	20,0%	8	19,5%	3	11,5%	5	12,5%
9	7	10,0%	0	,0%	2	7,7%	3	7,5%
10	4	5,7%	0	,0%	0	,0%	1	2,5%

7. Tempo de serviço no exercício da profissão	1 - 5 anos		6 - 10 anos		11 - 15 anos		16 - 20 anos		21 - 25 anos		Mais de 25 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	0	,0%	0	,0%	1	2,6%	1	4,8%	0	,0%	3	5,1%
2	0	,0%	0	,0%	2	5,3%	0	,0%	2	6,9%	2	3,4%
3	0	,0%	0	,0%	2	5,3%	1	4,8%	1	3,4%	1	1,7%
4	2	14,3%	1	5,6%	2	5,3%	1	4,8%	3	10,3%	7	11,9%
5	2	14,3%	4	22,2%	9	23,7%	3	14,3%	5	17,2%	4	6,8%
6	4	28,6%	2	11,1%	10	26,3%	4	19,0%	5	17,2%	14	23,7%
7	3	21,4%	7	38,9%	7	18,4%	4	19,0%	3	10,3%	9	15,3%
8	2	14,3%	1	5,6%	2	5,3%	5	23,8%	8	27,6%	13	22,0%
9	1	7,1%	3	16,7%	0	,0%	2	9,5%	2	6,9%	4	6,8%
10	0	,0%	0	,0%	3	7,9%	0	,0%	0	,0%	2	3,4%
Média	6		7		6		6		6		6	

8. Tipo de contrato	Efetivo		Prestação de		Contrato	
	N	%	N	%	N	%
1	5	3,4%	0	,0%	0	,0%
2	6	4,1%	0	,0%	0	,0%
3	4	2,8%	0	,0%	1	5,0%
4	12	8,3%	1	7,1%	3	15,0%
5	20	13,8%	1	7,1%	6	30,0%
6	31	21,4%	5	35,7%	3	15,0%
7	27	18,6%	3	21,4%	3	15,0%
8	25	17,2%	3	21,4%	3	15,0%
9	11	7,6%	0	,0%	1	5,0%
10	4	2,8%	1	7,1%	0	,0%
Média	6		7		6	

4. Habilitações acadêmicas	Ensino Médio		Graduação		Licenciatura		Especialização		Pós Graduação		Mestrado	
	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %
	1	0	,0%	0	,0%	0	,0%	3	4,3%	1	1,7%	1
2	0	,0%	0	,0%	1	11,1%	1	1,4%	2	3,3%	2	10,5%
3	0	,0%	0	,0%	1	11,1%	1	1,4%	2	3,3%	1	5,3%
4	2	10,5%	0	,0%	1	11,1%	8	11,6%	5	8,3%	0	,0%
5	4	21,1%	1	33,3%	1	11,1%	7	10,1%	12	20,0%	2	10,5%
6	4	21,1%	1	33,3%	2	22,2%	15	21,7%	11	18,3%	6	31,6%
7	1	5,3%	1	33,3%	3	33,3%	12	17,4%	13	21,7%	3	15,8%
8	5	26,3%	0	,0%	0	,0%	17	24,6%	8	13,3%	1	5,3%
9	3	15,8%	0	,0%	0	,0%	3	4,3%	4	6,7%	2	10,5%
10	0	,0%	0	,0%	0	,0%	2	2,9%	2	3,3%	1	5,3%
Média	7		6		5		6		6		6	

1. Sexo	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
1	1	2,6%	4	2,9%
2	0	,0%	6	4,3%
3	1	2,6%	4	2,9%
4	7	17,9%	9	6,4%
5	4	10,3%	23	16,4%
6	11	28,2%	28	20,0%
7	5	12,8%	28	20,0%
8	7	17,9%	24	17,1%
9	2	5,1%	10	7,1%
10	1	2,6%	4	2,9%
Média	6		6	