

ÁREA TEMÁTICA: ADMINISTRAÇÃO GERAL

COMPATIBILIZANDO PRINCÍPIOS ÉTICOS E ADMINISTRATIVOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: POSSIBILIDADE OU ILUSÃO?

RESUMO

AUTORES

JORGE AUGUSTO DE SÁ BRITO E FREITAS

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

jasbfreitas@globo.com

RUY DONALD DE ARRUDA C. GUENZBURGER

Universidade Estácio de Sá

ruydonald@gmail.com

A discussão dos aspectos éticos da vida organizacional tem assumido grande vulto nos dias atuais. No entanto, os dilemas éticos que afetam a vida profissional não têm recebido igual atenção. Um caso emblemático é a possibilidade de conflito entre princípios éticos e econômico-administrativos na prática do cuidado médico e na operação do negócio da saúde. Esse antagonismo tem implicações nos modelos administrativos de planejamento e decisão, na estrutura organizacional, na tipologia dos conflitos que emergem das práticas operacionais de prestação desse serviço e, principalmente, na sustentabilidade das organizações ligadas a esse ramo de atividade. São apresentados os resultados de uma pesquisa qualitativa, utilizando a estratégia de estudo de caso múltiplo, para descrever as percepções de oito médicos do Rio de Janeiro a respeito de como esses profissionais percebem a influência, muitas vezes contraditória, dos princípios econômico-administrativos e éticos presentes no negócio da saúde na sua prática profissional. As evidências foram tratadas e analisadas sob a ótica da análise de discurso, a partir de entrevistas semiestruturadas de profundidade. Os relatos permitem concluir que os valores desempenham papel mais importante nos dilemas éticos desses profissionais do que os dispositivos do código brasileiro de ética médica.

ABSTRACT

Ethical issues in organizational life have been receiving increasing importance in everyday life. However, ethical dilemmas that affect professional life have not deserved the same importance. A good example is the possibility of conflict between ethical principles and economic and administrative issues on the practice of medical care and on the operation of the healthcare business. This antagonism has implications on business models of planning and decision, on the organizational structure, on the typology of the conflicts that emerge from the operational practices of rendering this kind of service, and notably on the sustainability of the organizations within this industry. Results of a qualitative research are presented, using a multiple case-study approach, for describing perceptions of eight medical doctors in Rio de Janeiro about how they feel the influence - frequently contradictory - of the economic and ethical principles that are present within the healthcare business on their professional practice. Evidences were treated and analyzed under the perspective of discourse analysis, stemming from in-depth semi-structured interviews. These discourses lead us to conclude that values

play a more important role on ethical dilemmas of medical doctors than the articles of the Brazilian medical code of ethics.

PALAVRAS-CHAVE: ética profissional - dilemas éticos – relação médico-paciente

COMPATIBILIZANDO PRINCÍPIOS ÉTICOS E ADMINISTRATIVOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: POSSIBILIDADE OU ILUSÃO?

1. INTRODUÇÃO.

As questões éticas têm se tornado assunto importante no mundo das organizações empresariais. A urgência para investigação dos problemas referentes à ética dos negócios colocou-se com ênfase, no mundo capitalista, a partir dos escândalos financeiros corporativos que se abateram sobre organizações transnacionais na década de 90 (JOHNSON, 2004).

No Brasil, o tema da ética está presente em livros textos de cursos de MBA e apostilas para capacitação de pequenos empreendedores, frequentando mesas redondas em programas na TV e entrevistas com filósofos, psicólogos, sociólogos e psicanalistas. No entanto, ainda há relativamente poucos trabalhos acadêmicos abordando, ou mesmo tangenciando, o tema.

Em breve pesquisa bibliográfica realizada em periódicos especializados nos Estados Unidos foi possível identificar, desde a década de 90, um interesse crescente pelo assunto. Isso se manifesta em diversos centros de pesquisas, onde são produzidos conhecimentos de administração, negócios, ética médica, saúde, psicologia, acreditação hospitalar, medicina, bioética, finanças, política e outras áreas de conhecimento e negócios.

Na medida em que princípios de ajuizamento ético passaram a frequentar a pauta dos processos decisórios em grandes corporações, essas escolhas deixaram de ser triviais. A razão é simples: a) a natureza das decisões técnico-econômicas incorpora, principalmente, aspectos objetivos mensuráveis, relacionados à possibilidade de otimização e maximização de funções explicitáveis; b) a natureza das decisões éticas e das ações morais correlatas envolve, principalmente, aspectos qualitativos e subjetivos, ou seja, intangíveis, mais difíceis de serem avaliados em uma comparação técnico-econômica.

Nesse quadro, é possível identificar duas vertentes de interesse pela busca de qualidade, tanto para a prestação de serviços de saúde como para a prática do cuidado médico.

A primeira vertente é a do interesse pela qualidade do serviço, tendo em vista a perspectiva do sucesso econômico do negócio. Essa vertente surgiu e se desenvolveu a partir da consciência de que a prestação de serviços de saúde, numa visão globalizada, envolve investimentos muito vultosos, conforme se depreende do relatório do Sistema de Informação Estatística da OMS - Organização Mundial de Saúde (2007).

A segunda vertente de interesse pela qualidade do serviço se origina do conteúdo humanitário, presente nos serviços de saúde e na prestação do cuidado médico. Ressalte-se que os serviços de saúde e o cuidado médico são atividades sociais que representam um esforço terapêutico consciente do médico, no sentido de regenerar relações biofísico-psicológicas do paciente, eventualmente ameaçadas.

2. O PROBLEMA DE PESQUISA

Existe, portanto, a possibilidade de antagonismo entre princípios éticos e econômicos, na prática do cuidado médico e na operação do negócio da saúde. Esse antagonismo pode ter implicações nos modelos administrativos de planejamento e decisão, na estrutura organizacional, na tipologia dos conflitos que emergem das práticas operacionais de prestação desse serviço e, principalmente, nas estratégias de sobrevivência e desenvolvimento, isto é, na sustentabilidade das organizações ligadas a esse ramo de atividade.

Uma situação de conflito entre princípios econômicos e orientações de ética médica é percebida por médicos americanos, no exercício de sua profissão, principalmente no que se refere às suas consequências perversas na qualidade do cuidado dedicado aos pacientes. Supõe-se que possa haver uma similaridade dessa situação com a dos médicos brasileiros. As poucas referências a esse clima, no caso brasileiro, sugerem uma investigação preliminar

sobre como esse problema é percebido por alguns médicos. Por isso foi escolhida a seguinte questão de pesquisa:

Como os médicos percebem, na sua prática profissional, a influência de dois sistemas conflitantes de valores e crenças: os princípios econômicos do negócio da saúde e os princípios éticos do cuidado médico?

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Uma análise, mesmo superficial, do desenvolvimento da medicina ocidental, no século XX, revela dramáticas mudanças nas práticas, nos recursos tecnológicos de diagnóstico e de intervenção, nas teorias, nos investimentos em pesquisa e no ensino para formação profissional. A partir da segunda metade do século XX, os impactos de novas tecnologias e de descobertas científicas criaram, para médicos e pacientes, expectativas de novos tratamentos e esperanças de cura, aparentemente ilimitadas e imediatas, que vêm aumentando de intensidade nesta primeira década do século XXI.

O crescimento acelerado dos investimentos e seu reflexo nos preços dos serviços, equipamentos especializados e drogas causaram mudanças estruturais neste setor, cabendo ressaltar, no caso brasileiro, em particular: a) responsabilidades assumidas pelos órgãos de estado pela formulação e execução de políticas e ações de saúde pública e prevenção de doenças; b) surgimento de novas áreas de administração de negócios envolvendo saúde e cuidado médico representadas, por exemplo, por planos de previdência privada, seguro saúde, medicina do trabalho e redes nacionais de hospitais com marcas próprias; c) mudanças nos procedimentos de diagnóstico e práticas terapêuticas, emergência de novos aspectos negociais e transformações nas relações de trabalho do médico, tanto com as estruturas organizacionais, surgidas para dar sustentação ao negócio da saúde, como com seus pacientes; d) impactos importantes em alguns valores nucleares do profissionalismo e da cultura que, até então, disciplinavam a relação médico – paciente (BOISAUBIN, 2003).

Um dos impactos mencionados no item (d) foi avaliado em pesquisa de opinião nos Estados Unidos, abrangendo 1.000 médicos conveniados de planos de saúde (PRAEGER, MAKUC e FELDMAN, 1998). Essa pesquisa revelou que dois terços da amostra acreditavam que o impacto da vinculação contratual com os planos de saúde tinha efeitos negativos sobre suas relações com os pacientes, principalmente em termos de ética profissional. Para a maioria dos entrevistados, os planos de saúde dificultavam a determinação ética do médico de colocar o interesse do paciente em primeiro lugar. Isso sabotava as possibilidades de estabelecimento de uma relação de confiança entre médico e paciente. Essa confiança é reconhecida como fundamento terapêutico importante nos processos de cura.

Tanto para fundamentação da pesquisa, como para a justificativa de sua relevância, três temas foram considerados importantes para a compreensão dos processos relacionados à saúde e para o exame da qualidade do cuidado médico. São eles: a ética, o sistema brasileiro de saúde e os processos decisórios.

3.1 ÉTICA.

3.1.1 Ética e ética empresarial

Vázquez (2006) lembra que a ética examina o comportamento moral dos homens em sociedade. Ela estuda uma forma específica de comportamento humano. Tal conceituação revela o objeto de estudo da ética, apontando para os costumes ou atos morais, isto é, comportamentos considerados de valor para determinada sociedade. Assim, a moral trata de questões práticas na decisão de agir em certas situações problemáticas, envolvendo outros indivíduos, além do agente. O problema básico do agente é a dificuldade para escolha da melhor ação a empreender, tendo em vista a regra estabelecida ou a finalidade moral aceita ou desejada pela referida comunidade.

Srouf (2000) argumenta que, como muitos outros instrumentos de regulação social, as regras morais têm por objetivo permitir que as ações dos partícipes de um grupo contribuam para o fortalecimento da sobrevivência e da identidade desse grupo. A moral define um espaço decisório onde cada um pode fazer suas escolhas de ação, segundo as normas de comportamento que escolheu, de livre vontade, para orientá-lo no cotidiano. Nesse espaço são cotejados desejos e vontades do agente com desejos e vontades do grupo ao qual é filiado.

Observe-se que uma escolha, entre um leque de alternativas de ação no espaço moral, envolve sempre um posicionamento em relação a possíveis consequências. Não existe escolha neutra. Alguém sempre perde e alguém sempre ganha com sua decisão. A questão básica da moral reside nessa dúvida permanente: a qual princípio ou norma moral deve-se maior lealdade? Quais consequências estarão envolvidas na escolha moral e até onde vai a responsabilidade sobre elas? (SROUR, 2000)

A ética descreve e pesquisa explicações para os fenômenos relacionados ao comportamento moral. Como produto de seus esforços, estabelece conceitos, supõe, discute e hierarquiza valores psicossociais, investiga métricas para avaliar o comportamento humano, propõe teorias e apresenta maneiras de garantir juízos válidos para os atos morais.

Existem, pelo menos, duas teorias éticas igualmente competentes para lidar com o objeto de seu interesse: a teoria deontológica, ou do dever; e a teleológica, ou da finalidade. Assim, na presença de um determinado problema moral que exija uma análise ética para escolha de uma linha de ação, a utilização de qualquer uma dessas teorias provavelmente conduzirá a resultados diferentes, igualmente aceitáveis, do ponto de vista lógico.

Pena (2004) reconhece a dificuldade que existe, ainda hoje, para identificar um marco teórico de ética empresarial, capaz de dar sustentação plena para justificativas de processos decisórios, e suas respectivas estratégias, no mundo globalizado das organizações. Esse autor propõe um referencial para ética empresarial ancorado em três dimensões, que não podem ser concebidas isoladamente. A ética empresarial tem que ser ao mesmo tempo,

...uma ética da responsabilidade, atenta às consequências das ações, uma ética afirmativa do princípio de humanidade, atenta à dignidade do ser humano, reconhecido como interlocutor válido; e uma ética geradora de moral convencional, atenta ao desenvolvimento dos sujeitos na apropriação de determinados bens mediante práticas compartilhadas. (PENA, 2004, p. 238).

3.1.2 A ética médica.

Existe grande variedade de significados para as expressões ‘código de ética’ e ‘código de conduta’, tal como são utilizados pelas organizações brasileiras. Em algumas organizações, essas expressões são vistas como sinônimas, em outras como manifestações normativas que se complementam. Nesses casos, o código tem por objetivo estabelecer valores e princípios que devem prevalecer em um grupo, com identidade social definida. Aí, o código de ética conforma o caráter (*ethos*) da organização, fundamentando e orientando as regras morais do grupo. O código de conduta, por sua vez, contém as principais regras de comportamento e os valores que a organização entende serem os mais adequados, do ponto de vista moral (*ethos*), nas relações que estabelece com seus vários públicos.

O atual código de ética médica foi instituído pela Resolução CFM nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988, com mais recente revisão em 2004, e declara, em seu preâmbulo, que “...contém as normas éticas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da profissão, independente da função que ocupem.”

Está estruturado em 14 capítulos, abrangendo um total de 145 artigos dos quais 27, presentes nos dois primeiros capítulos - respectivamente ‘Princípios Fundamentais’ e ‘Direitos do Médico’- são de natureza facultativa, propondo valores e princípios a serem perseguidos no exercício da medicina. Os restantes 118 artigos são todos de natureza proibitiva, em todas as interfaces nas quais o código considera importantes as relações entre

médicos e outros agentes. Todos esses 118 artigos começam com a frase: “É vedado aos médicos:...”. A proporção entre os números de artigos facultativos e proibitivos é notável, se comparada com as de outros códigos de ética ou de conduta pesquisados.

3.2 SISTEMA BRASILEIRO DE SAÚDE

3.2.1 Evolução recente.

A Constituição de 1988 reconheceu, como direito dos cidadãos brasileiros, o acesso à saúde, orientado pelos seguintes princípios fundamentais: a) universalidade do atendimento; b) resolutividade, isto é, capacidade oferecer solução aos problemas de saúde; c) descentralização da gestão; d) envolvimento da comunidade servida; e e) equidade, ou seja, igualdade de possibilidade de acesso às ações de saúde e serviços correlatos, em todos os níveis de complexidade. Esse conjunto de princípios pretendeu atender simultaneamente à fundamentação democrática da chamada “Constituição cidadã” e resguardar as virtudes éticas que, historicamente, orientaram a atividade de cura da doença e preservação da saúde. Esses foram os princípios fundadores que inspiraram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os dados da Pesquisa Nacional de Domicílios – PNAD, levantados em 1998 e publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (IBGE, 2000) informam que havia, então, 38,7 milhões de brasileiros associados a pelo menos um plano de saúde; ou seja, cerca de 25% da população. Esses números dão uma idéia da importância da chamada “assistência médica supletiva” dentro do processo de transformação por que passa o Sistema Brasileiro de Saúde.

Para se avaliar a posição dos médicos entrevistados, em relação à questão de pesquisa, impõe-se como necessidade reconhecer, mesmo que superficialmente, os múltiplos aspectos institucionais, organizacionais e negociais no interior do Sistema Brasileiro de Saúde.

São quatro os formatos básicos de organizações ligadas ao setor de medicina suplementar: a) organizações de autogestão, b) organizações de medicina em grupo, c) seguradoras de saúde, e d) cooperativas de médicos, constituídas para prestar assistência à saúde dos clientes a elas vinculados (MALTA et al., 2004).

Essa configuração simplificada do sistema se desenvolveu a partir da Constituição de 1988, até a aprovação da chamada “Lei dos Planos” (Lei nº 9.656/98). A legislação se estruturou em uma regulação bipartite: de um lado, o Ministério da Saúde, regulando a produção da assistência à saúde e, de outro, o Ministério da Fazenda, através da Superintendência de Saúde Suplementar, controlando a parte econômico-financeira – reajustes e estrutura das operadoras (CONASS, 2003)

Em 2000, a Lei 9.661/00 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, objetivando corrigir distorções de mercado, disciplinar o Sistema Suplementar de Saúde e reorientar a participação estatal dentro de uma perspectiva de privatização e descentralização do sistema público existente.

Não existe consenso em relação à forma como a ANS deveria atuar na regulação do setor (BAHIA, 2001). Alguns acreditam que ela deveria atuar minimizando as falhas existentes no mercado, de um lado, controlando as operadoras, que tendem a oferecer cobertura contratual prioritariamente para os chamados “riscos lucrativos”; e de outro, conscientizando potenciais clientes de planos de saúde a não procurar os planos apenas quando já têm consciência de portar alguma patologia.

O marco regulatório, operacionalizado pela ANS, instituiu exigências para demonstração da saúde financeira das empresas do sistema e definiu limites de cobertura, buscando aumentar as garantias de assistência aos usuários. Entretanto, a atuação da ANS, enquanto órgão regulador, tem se dado de forma desintegrada, seguindo, ao mesmo tempo, três linhas de intervenção desarticuladas. Uma linha focaliza a verificação da saúde financeira das operadoras e sua capacidade operacional de atender aos compromissos contratuais com seus associados. Outra dedica-se à fiscalização dos contratos e da relação de consumo, sob a

ótica dos direitos dos consumidores. Finalmente, atua numa terceira linha, preocupada com o preço dos serviços ofertados pelos planos, tanto no seu valor absoluto como na sua variação relativa ao longo do tempo (MALTA et al., 2004).

A prática institucional fragmentada da ANS, ao operar mais como órgão fiscal do que indutor de ações reguladoras, subtraiu a atenção do sistema de sua missão principal, a produção de saúde. O sistema suplementar de saúde se desenvolveu e está sendo tratado como se fosse, apenas, mais um empreendimento capitalista que precisa se adaptar a um marco regulatório específico. Nessa visão, a saúde passa a ser considerada como produto que se transforma em mercadoria e não em um bem a ser fruído. A inversão de valores estratégicos causa impactos perversos em todas as relações sistêmicas, a saber nas relações médico-paciente, médico-operadora e operadora-agência reguladora (MALTA et al., 2004).

Esses impactos indesejáveis estimulam tanto as operadoras como os prestadores de serviços de saúde a desenvolver mecanismos microrregulatórios para superar limites impostos pela Lei 9.656/98 e para minimizar contingências adversas de mercado. A microrregulação busca essencialmente otimizar o retorno do investimento no negócio da saúde. Constitui-se, então, em estratégia de minimização de custos que obedece a lógica da lei da oferta e demanda, desconectada da missão social de prover saúde à população.

Os protocolos microrregulatórios das operadoras disparam reações operacionais de defesa nos prestadores que, nem sempre, contribuem para o progresso moral de suas relações. Esses processos causam desgastes cotidianos deixando, frequentemente, um rastro de incompreensões, ressentimentos e desconfianças recíprocas entre as partes.

Também as relações beneficiário-prestadora e, notadamente, a relação médico-paciente são atingidas por esse tipo de inconformidade sistêmica.

3.2.2 O profissional médico no Brasil

3.2.2.1 O mercado de trabalho.

Entre 1960 e 1985 consolida-se o modo de atuação capitalista na prática do cuidado médico e na organização do sistema de saúde privado (CORDEIRO, 1984). Nesse período, o número de leitos privados para internação no Brasil subiu de 23 mil para cerca de 212 mil (MEDICI et al., 1992).

É, também, nesse período que se consolida a tendência de o médico deixar de exercer seu ofício de forma autônoma, como profissional liberal, para ser absorvido como trabalhador assalariado, com salário mínimo definido, empregos múltiplos de tempo parcial e perda substancial da renda decorrente do seu trabalho (MACHADO, 1995).

Essas transformações no sistema de saúde brasileiro aumentaram a oferta de empregos no setor privado da saúde, pressionado tanto pela demanda do SUS, como pela cobertura dos contratos gerados por planos e seguros de saúde, envolvendo serviços e exames diagnósticos, especializados e de alto custo.

Para avaliar os impactos dessas mudanças e suas tendências sobre a categoria profissional dos médicos, foi efetuada uma pesquisa, em 1995, entre cujas principais conclusões recolhidas (MACHADO, 1997), destacam-se:

a) existência de um mercado com cerca de 350 mil postos de trabalho, incluindo o setor público e o privado, para um total de 197.557 médicos ativos, que, em sua maioria, também atuavam em consultórios privados (75%);

b) exercício profissional baseado em múltiplos vínculos (cerca de 75% dos médicos possuíam até três atividades profissionais e 24,4% tinham mais de três);

c) eram de igual importância para o mercado de trabalho médico as esferas pública e privada e os consultórios particulares, observando-se que 69,7% dos médicos trabalhavam em estabelecimentos públicos, 59,3% na rede privada e 74,7% em consultórios;

d) a atividade em consultório particular era exercida mediante convênios ou cooperativas por 79,1% dos médicos, com 16,6% exercendo essa atividade em estabelecimentos de saúde;

e) urbanização acentuada do trabalho médico, pois 65,9% dos médicos atuavam nas capitais, particularmente naquelas mais desenvolvidas social e economicamente;

f) faixas de rendimento variáveis em função da especialidade exercida, sendo as mais bem remuneradas as de radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia clínica (remuneração média: 5 mil dólares), seguidas pelas de hansenologia, endoscopia digestiva, mastologia, cirurgia cardiovascular e radiologia (4 a 4,9 mil dólares), figurando como as de mais baixo rendimento as especialidades de medicina sanitária, sexologia, tisiologia e genética clínica (menos de 1.999 dólares), enquanto as restantes percebem uma renda mensal na faixa de 3.000 a 3.999 dólares.

Em 2004 o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma pesquisa, sob o título ‘O Médico e Seu Trabalho’, objetivando verificar a evolução do quadro estudado por Machado em 1997. As principais observações foram:

a) o total de médicos ativos no país passou de 197.557 para 234.554, apresentando um incremento de 18,7%;

b) ampliou-se o exercício profissional baseado em múltiplos vínculos, com 28,2% dos médicos exercendo mais de três atividades profissionais, contra 24,4% na pesquisa anterior; consequentemente, aqueles que possuem até três atividades passaram de 75% para 71,8%;

c) houve redução do número de médicos que atuam em consultório (de 74,7% para 67%) e no setor privado (de 59,3% para 53,8%), mantendo-se inalterada a porcentagem dos que trabalham no setor público (69,7%), o qual passou a ocupar, então, o primeiro lugar como empregador;

d) a atividade em consultório particular exercida mediante convênios ou cooperativas apresentou pequena redução, passando de 79,1% para 75%;

e) a atuação profissional manteve-se predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado.

As faixas de rendimento não foram pesquisadas pela especialidade exercida, como no estudo de Machado (1997), mas apenas em termos genéricos; dessa forma, a investigação do CFM aponta que cerca de um terço dos médicos atribui queda à sua renda nos anos recentes, com mais da metade dos profissionais (51,5%) apresentando renda mensal de até 2 mil dólares, percentual que na pesquisa anterior era de 44,5%.

Esses resultados mostram o impacto das mudanças de políticas de saúde sobre o mercado de trabalho dos médicos, destacando-se, como fator mais importante, a transferência de atribuições da prestação de saúde pública das áreas federal e estadual para a responsabilidade dos municípios. Silva e Costa (2002) mostram, ainda, que:

“As mudanças estruturais e de orientação macroeconômica afetaram seguramente os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos trabalhistas e gerando poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos pelos governos e empresas de saúde prestadoras de serviços”.

A falta de coordenação permanente entre as áreas de educação voltadas para a saúde e as necessidades curriculares e humanas deste setor produtivo causa descompasso entre a demanda do mercado de trabalho e a oferta de profissionais tecnicamente qualificados. Investe-se cada vez menos na formação médica e cada vez mais na especialização.

3.2.2.2 O impacto da tecnologia.

Ao longo de todo o século XX, existiu acentuada tendência de mudança do modelo clássico de atendimento médico. Inicialmente praticado no consultório, dispondo de poucos recursos tecnológicos e muito saber clínico, evoluiu para uma forma de cuidado efetuado em hospitais, tendo à disposição aparelhos e exames de alto conteúdo tecnológico, grande

variedade de profissionais especializados. Nessa forma moderna de cuidado, há uma tendência à redução do relacionamento humano entre o médico e o paciente. A esse propósito, Siqueira (1997, p.10) declara:

“A medicina passa a ser exercida com base em novas regras extraídas do espírito da racionalidade moderna, que produz graves rupturas não só no relacionamento médico-paciente, mas também no atendimento do próprio ser humano doente. Abandona-se a figura do indivíduo doente e encontra-se a doença presente em alguma parte do corpo. O órgão doente transforma-se no objeto exclusivo da atenção médica. Busca-se obsessivamente a instância primordial, mergulha-se fundo na busca do celular, do molecular, do DNA, enfim, do código da vida.”

E acrescenta:

“A intervenção do médico migra do mundo do paciente para um universo impessoal preenchido por equipamentos que pertencem a uma entidade chamada hospital, que é dirigida por uma grande empresa ou pelo todo-poderoso Estado. A legitimidade da investigação se transfere do profissional isolado para um complexo de alta tecnologia,”... (SIQUEIRA, 1997, p.10).

Nesse novo cenário, comandado por aparelhagens complexas e tecnologias de ponta, o diagnóstico das patologias, outrora atribuição, competência e responsabilidade dos médicos, continua a ser sua responsabilidade, porém atribuição e competência migram para aparelhos digitais. É nesse contexto de transformações rápidas e radicais do ambiente de trabalho e das tecnologias que a questão de pesquisa foi colocada e investigada. O sentido dos discursos analisados e interpretados reflete o convívio dos médicos com essas condições.

3.3 O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

3.3.1 Aspectos gerais

Os agentes sociais, individuais ou coletivos, precisam fazer escolhas, as melhores que puderem, na sua prática existencial cotidiana. A excelência da escolha dependerá da habilidade do agente em utilizar processos decisórios adequados ao contexto da situação presente e ao futuro que ele deseja ver acontecer. Cada escolha determina uma ação ou conjunto de ações que, se supõe, aumentará a probabilidade de o futuro desejado acontecer. Quando essa suposição se realiza, diz-se que aquela foi uma boa ação. O qualificativo ‘boa’, aqui está se referindo à capacidade de determinada ação para contribuir eficazmente na consecução de um objetivo pretendido (SIMON, 1970). Refere-se, portanto, ao aspecto administrativo ou técnico da decisão e não ao seu conteúdo ético.

O processo decisório, ao investigar as possibilidades de realização futura, estabelece as condições de observação crítica da experiência que será testemunhada, contribuindo assim para o aumento do conhecimento disponível.

Gomes (2007, p. 1) define teoria da decisão como “o estudo dos paradigmas subjacentes à decisão e seus fundamentos analíticos” e a conceitua como um “processo que leva, direta ou indiretamente, à escolha de ao menos uma, dentre diferentes alternativas, todas estas candidatas a resolver determinado problema” (GOMES, 2007, p. 2). Independentemente da teoria que dê amparo ao processo decisório adotado, esse autor identifica três dimensões de percepção e avaliação da decisão: a) a satisfação dos valores, onde aquele que decide verifica se a decisão escolhida satisfaz a hierarquia de valores que ele escolheu para orientar sua avaliação das alternativas de escolha; b) a oportunidade ou velocidade, quando se verifica se a decisão escolhida causou os efeitos desejados no momento devido; e c) o grau de individualidade ou coletividade presente no processo decisório.

Admitem-se dois paradigmas dominantes na teoria das decisões; a teoria da utilidade, desenvolvida por Von Neumann e Morgenstern (1953), conhecida como teoria da utilidade esperada; e a teoria dos prospectos, de Kahneman e Tversky (1979). A teoria da utilidade esperada tem caráter normativo. Ela fornece normas ou sistemas de regras que devem prevalecer quando aquele que decide pretende utilizar sua racionalidade para tornar máxima a função de utilidade esperada. Utilidade significa uma medida da satisfação decorrente do consumo de um bem ou serviço. Essa medida pode ser expressa por uma função explícita chamada de função de utilidade, que precisa ser maximizada pelas escolhas do decisor.

A teoria dos prospectos tem caráter descritivo, mostrando como se escolhe uma, entre várias alternativas, em um ambiente onde o risco é a maior preocupação. O princípio da teoria é que, quando o decisor racional se vê frente a frente com várias alternativas de risco (risco de não atingir o objetivo desejado), ele se propõe a fazer uma ponderação dos custos e benefícios envolvidos em cada alternativa para escolher a de melhor posição.

A questão da racionalidade deve ou pode estar presente na operação do processo. Simon (1970) propõe que se reconheça a racionalidade limitada dos decisores, além de seu acesso restrito às informações disponíveis na prática decisória real. São essas as condições que prevalecem na análise da decisão.

3.3.2 A decisão na prática médica.

As teorias gerais e as heurísticas referentes a processos decisórios estão integralmente presentes na área de saúde. Não obstante, é relevante ressaltar alguns aspectos peculiares da prática decisória neste setor. São justamente esses aspectos que tornam a escolha de alternativas, seja no exercício do cuidado médico, seja na seleção de políticas de saúde, um processo crucial para garantia de efetividade e qualidade dos procedimentos necessários.

No plano estratégico, as políticas de saúde com chance de sucesso operacional dependem da escolha bem articulada “daquilo que devemos fazer” com a eleição consciente “de como podemos fazer”. Na interface entre essas duas etapas de planejamento reside o maior risco de insucesso.

No plano das escolhas individuais, o paciente precisa decidir em que espaço profissional vai buscar ajuda para cuidar de seu mal estar. Será o médico particular autônomo? Ou o médico de convênio, cujo nome ele escolheu no livro de credenciados, com o critério de proximidade de sua residência? Talvez o hospital credenciado mais próximo? Nesse momento de escolha, ele se encontra, provavelmente, fragilizado pelo incômodo físico ou psicológico que o aflige. Esse estado de espírito contribui para uma exacerbação da percepção do risco envolvido na escolha, por parte do paciente.

Do lado do médico que vai praticar o cuidado, as decisões se exercem a partir da análise de um número variável de diagnósticos possíveis, associados a inúmeros procedimentos terapêuticos plausíveis e promessas variadas de benefícios, prejuízos colaterais e custos financeiros. Esses procedimentos podem, eventualmente, produzir respostas com reduzida margem de certeza. Também para o médico, o risco do erro é percebido como um parâmetro importante na análise das alternativas. (CHAPMAN e SONNENBERG, 2000; HASTIE, 2001).

Devido a essa presença permanente e importante da percepção do risco, os profissionais da saúde, tanto médicos como gestores, segundo Eddy (1990), costumam dar mais atenção à execução correta dos procedimentos recomendáveis do que à análise e avaliação prospectiva dos processos decisórios.

4. METODOLOGIA.

Quando a questão de pesquisa indaga de que forma (como) um determinado agente social (médico) percebe um conflito entre princípios orientadores de conduta (ética médica e

regras econômicas), ela remete imediatamente a outra questão subjacente: qual o significado para o médico e que sentido ele reconhece como capaz de determinar seu comportamento profissional, com base nessa percepção? Sentido e significado são noções subjetivas e, portanto, de natureza qualitativa. Assim, tanto a forma quanto o conteúdo da questão de pesquisa recomendam uma abordagem qualitativa para exame, escolha, análise, classificação e interpretação das evidências percebidas (CRESWELL, 2007). Perguntas qualitativas remetem para abordagens qualitativas (GÜNTHER, 2006).

O resultado que se pretende atingir, nesta pesquisa, é a caracterização das percepções de um conjunto de agentes sociais sobre uma mesma problemática profissional, supostamente enfrentada por todos os membros desse conjunto. Caracterizar uma percepção significa identificar e descrever suas qualidades primárias e secundárias relevantes para os entrevistados. Por esse motivo, a presente pesquisa é descritiva.

As seguintes fontes de evidências foram usadas para construir uma resposta válida à questão de pesquisa: a) entrevistas com os médicos, gravadas, transcritas e interpretadas; b) observação direta do local de trabalho, envolvendo mobiliário, equipamentos de uso profissional e de apoio administrativo, design interno, organização espacial; c) observação direta de manifestações expressivas dos entrevistados, abrangendo expressões corporais, expressões faciais, tiques nervosos, mudanças súbitas de clima afetivo, tom de voz; d) observação direta de artefatos culturais presentes no ambiente de trabalho; e) exame de documentação envolvendo o código de ética médica e o juramento hipocrático (YIN, 2002).

A análise das entrevistas teve por objetivo explicitar o conteúdo do discurso de cada entrevistado para verificar: a) quais temas pareciam ganhar proeminência nas falas transcritas e como eram utilizados, pelos entrevistados, para descrever situações percebidas e lembradas; b) como o entrevistado utilizava esses temas, enquanto códigos expressivos, quando era estimulado a falar sobre assuntos afins à questão de pesquisa ou de algum aspecto a ela relacionado; e c) como o pesquisador poderia utilizar o código expressivo do entrevistado para verificar seu grau de proximidade, entendimento e compreensão da questão de pesquisa, a partir das falas estimuladas.

Procurou-se identificar generalizações indutivas válidas que permitissem caracterizar uma resposta, de grupo ou subgrupo, à questão de pesquisa. Em outras palavras, significa perguntar: existem percepções sobre a questão de pesquisa que partilhem comunicações com todos os membros, ou com parte importante, do grupo de médicos pesquisado?

Os médicos entrevistados foram qualificados conforme exposto na tabela abaixo:

ENTREVISTADO	IDADE (anos)	FORMADO HÁ: (anos)	GRAU MAIS ELEVADO	ATUAÇÃO EM	ACEITA CONVÊNIO?	EMPREGADO?
ALFA	70	45	Residência em Cardiologia	Consultório	sim	Aposentado
BETA	60	30	Residência em Endocrinologia	Consultório e Estado	sim	Aposentado e Empregado
GAMA	43	18	Residência em Ginecologia	Consultório e empresa	não	Empresário
DELTA	54	28	Mestrado em Cardiologia	Consultório e empresa	sim	Empresário
EPSILON	41	16	Clínica médica	Intensivista	não	Empregado
IOTA	48	24	Ph.D ,Pneumologia	Consultório / Hospitais	não	Empregado
ÔMEGA	56	32	Anestesista	Hospital Militar	não	Empregado

TZETA	58	32	Residência em Pneumologia	Consultório e Estado	não	Empresário / Empregado
-------	----	----	---------------------------	----------------------	-----	------------------------

5. ANÁLISE DE RESULTADOS

A análise dos discursos obtidos e sua interpretação, com base nos padrões expressivos identificados e em seus respectivos códigos significativos, permitiram identificar algumas posições pessoais dos médicos com relação à questão de pesquisa e temas afins, como segue,

Alfa:

Percebe a presença do conflito, quando ele se manifesta como problema sistêmico do setor de saúde; porém nega ou ignora a presença de conflito, quando ele se manifesta nas relações profissionais cotidianas com seus pacientes. Acredita que princípios morais, eticamente bem fundamentados servem como uma boa orientação para o comportamento profissional do médico. Assim, complacência, compassividade e senso de missão constituem referências úteis para amenizar o conflito percebido. O interesse econômico das organizações e a ganância individual prejudicam a qualidade do diagnóstico e a escolha do melhor caminho terapêutico.

Beta:

Não faz referência ao conflito entre princípios econômicos do negócio da saúde e a ética do cuidado médico, na sua relação com o trabalho. Relata casos emblemáticos de conflito entre a ganância financeira de alguns médicos e suas responsabilidades como agentes do governo e funcionários do Estado. Portanto, não identifica, no seu ambiente de trabalho do setor público de saúde, o problema da questão de pesquisa. Acredita que princípios éticos pessoais são de grande valia como orientação na prática da medicina. Identifica impactos do conflito mencionado na questão de pesquisa, no tipo e na qualidade de ensinamento que é ministrado com prioridade, nas escolas de medicina. Classifica, como causas mais importantes dos conflitos em sua área de trabalho: o descontrole administrativo, a má gestão da coisa pública e a impunidade institucionalizada.

Gama:

Entende que a fonte dos problemas está na incapacidade das pessoas e das organizações, ligadas a área de saúde, na administração de processos e na obediência às regras que regulam, naturalmente, o mundo dos negócios. Negócios e prestação de serviços médicos não têm áreas importantes de conflito na intersecção da prática da medicina com a prática dos negócios. Gama privilegia um conjunto de princípios fundamentados numa ética de negócios. Isso lhe permite ignorar e, eventualmente, negar a questão de pesquisa. Acredita que uma postura pessoal, pragmática e funcionalista traz benefícios para a velocidade do processo decisório, para a eficácia no atendimento aos clientes e para o sucesso do negócio. Utilizando esse conjunto de princípios, Gama busca o sucesso empresarial. A eficácia, a eficiência e a qualidade dos serviços médicos são percebidas como atributos necessários à sobrevivência do negócio. A postura intelectual é científica; a métrica de avaliação econômica e o instrumental de ação, tecnológico.

Delta:

Reconhece a existência do conflito, porém não lhe atribui importância significativa. Entende que não apenas esse problema como todos os outros que afligem o sistema brasileiro de saúde, têm suas causas na inapetência do Estado em relação às suas atribuições constitucionais com a saúde, nas instituições mal definidas e mal estruturadas e na má gestão dos recursos públicos. Acredita que tanto o paciente como os médicos e prestadores de serviços de saúde privados são vítimas da incompetência administrativa e da intervenção política perversa do Estado brasileiro em relação às questões da saúde. Aponta preconceito do Estado em relação às iniciativas de investimento privado em empreendimentos de negócios

ligados à saúde. O preconceito se refere à questão do lucro, quando existe interface entre o privado e o público.

Epsilon:

Reconhece a existência do problema da questão de pesquisa, mas alega não vivenciar esse tipo de dilema em seu espaço de trabalho e busca ativamente manter sua prática afastada desse problema. Para ele, a qualidade do atendimento médico não pode estar atrelada à quantidade de dinheiro que ela pode gerar. Considera essa proposição essencialmente verdadeira e, com ela, evita viver o conflito de que trata a questão de pesquisa. Em sua opinião, as posturas humanitária e altruísta são qualidades primárias da prática da medicina e a ética pessoal compassiva é tão necessária quanto o conhecimento da medicina, para a sua boa prática. Entende que os convênios de saúde induzem os médicos credenciados a diminuir o tempo de consulta para aumentar suas receitas. Os conveniados recebem atenção desumanizada e diagnósticos mais estatísticos do que individuais. No curto prazo, a categoria dos médicos se vulgariza; no médio prazo, os convênios perdem sustentabilidade. Esse é um problema estratégico para os *players*.

Iota:

Não reconhece importância causal no conflito que se levanta na questão de pesquisa. Entende que o conflito se dá, principalmente, pela inadequação da infraestrutura, das políticas, dos recursos e dos processos do setor de saúde em relação às demandas da sociedade, nesse campo. Valoriza a ética profissional e a responsabilidade como condições indispensáveis para o exercício de medicina de qualidade. Identifica a medicina como uma ocupação social muito diferenciada de todas as outras. Nela, o médico é, ao mesmo tempo, um prestador de serviços e um zelador da dignidade humana. Por isso, o exercício da profissão de médico deve ser atividade missionária, orientada por valores éticos, busca de conhecimento e prazer de atuar.

Ômega:

Considera a questão de pesquisa uma pergunta cuja resposta não suscita outras questões estimulantes, nem aponta caminhos de transformação da realidade percebida. Os problemas que se manifestam na área de saúde radicam em causas estruturais, envolvendo processos mal conduzidos, políticas mal formuladas, recursos mal aplicados, objetivos mal estabelecidos e desonestidade de propósitos em várias instâncias. A ética pessoal é a grande bússola para escolha das alternativas de ação terapêutica e de gestão. Existe uma cultura profissional arraigada no meio médico que precisa ser modificada para se resolver o problema da saúde no Brasil.

Tzeta:

Não apenas reconhece o problema ali delineado, como relata situações onde ele se manifesta, descrevendo práticas, atores e os fatores influentes presentes nos casos relatados. Os fatores influentes estão contidos nos quatro códigos denotativos que apresentam maior recorrência ao longo da entrevista: ‘escolha’, ‘remuneração’, ‘ética pessoal’ e ‘conflito’. Atribui especial valor à ética pessoal. Entretanto, se coloca de uma forma diferenciada em relação ao assunto. Explica que a ética pessoal diz respeito a outras áreas da vida que não à área profissional. Ela não significa garantia de excelência profissional, porém representa uma opção de consciência que participa do processo decisório do médico. A opção pela ética pessoal no espaço profissional impõe limitações de remuneração que nem todos estão dispostos a assumir. Por outro lado acredita que poucos conhecem o código de ética médica em detalhes. Entende que a questão da pesquisa é pertinente e que sua elucidação pode ajudar a melhorar o sistema brasileiro de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.

Os médicos entrevistados consideram a escolha como um tema fundamental, tanto na vida pessoal, quanto no exercício profissional da medicina e da gestão na área de saúde. Referiram-se de forma recorrente a esse tema, ora como um tópico de preocupação e cuidado, ora como um conjunto de regras a serem obedecidas para se chegar a um resultado profissional de qualidade.

Declaram orientar-se mais por uma ética de caráter pessoal do que pelo código de ética médica, nas decisões profissionais. A maioria menciona pouco o código de ética médica, porém se refere aos princípios que orientam o juramento hipocrático, envolvendo noções de compassividade, compromisso missionário e sacralidade da dignidade humana do paciente.

Não mencionam, com qualquer ênfase, os contratos de trabalho reguladores de sua relação profissional com seguros, planos e cooperativas de saúde. Conclui-se que os mesmos são percebidos como mera formalidade burocrática e que, portanto, pode ser importante desenvolver estudos sobre o potencial regulador desses contratos.

Reconhecem a existência de práticas microrregulatórias, tanto por parte dos planos e seguros de saúde, quando instituem glosas sobre o faturamento e estabelecem processos burocratizados, como por parte dos médicos credenciados, quando requisitam exames complementares nem sempre necessários para o aperfeiçoamento diagnóstico. Percebe-se certa complacência dos médicos com relação ao tema.

Esses profissionais têm a ética pessoal como referência para orientação de comportamento. Ela é percebida segundo várias perspectivas, destacando-se duas delas: (a) a busca de proximidade com as virtudes humanas, englobando justiça, sabedoria, conhecimento, compassividade, empatia, razão, desprendimento de valores mundanos, etc.; (b) a percepção da instrumentalidade da ética como meio para realizar um trabalho útil e de qualidade, ter sucesso pessoal, profissional ou empresarial, gerando alternativas razoáveis e plausíveis, para decisão tanto da escolha terapêutica como de gestão em saúde. A ética profissional formulada através do código de ética médica é pouco mencionada. Os poucos médicos que se referem ao código abordam mais os princípios que lhe fundamentam do que artigos prescritivos individualizados.

Com exceção de um dos entrevistados, não parecem ter uma visão clara do problema mencionado na questão de pesquisa, contraditando uma das suposições iniciais do projeto original.

Apenas três médicos se referiram explicitamente ao termo ‘emoção’, sendo que um deles com grande recorrência, falando sobre a dificuldade para se lidar com as emoções, tanto nas escolhas pessoais como nos processos decisórios profissionais. Não obstante, em todas as entrevistas, os médicos, com exceção de um, procuraram, quase sempre, negar, esconder ou disfarçar os estados emocionais não permitidos, à medida que suas memórias se desenvolviam. Assim, raiva e alegria eram emoções com permissão para afluir. Tristeza e medo eram reprimidos.

Cinco desses profissionais deixam subjacentes problemas que afetam a díade médico-paciente, comentando apenas seus efeitos, sem se aprofundar em relação às suas causas. Três médicos comentam a díade como característica singular da prática da medicina e registram a ação deletéria dos convênios e instituições de saúde sobre a sua estrutura. Eles apontam também a influência da cultura regional sobre a funcionalidade da díade e chamam a atenção para importância da confiança na relação médico-paciente para elaboração de um bom diagnóstico e aplicação de terapêutica eficaz.

Em resumo, as evidências coletadas permitem concluir que cinco dos médicos entrevistados não reconhecem que o conflito a que se refere a questão possa ser responsabilizado, em grande medida, pela divergência de interesses e pela crise de qualidade operacional que aflige a área da saúde. A questão de pesquisa não é percebida como

importante, na medida em que sua solução, tanto pela aceitação como pela negação do conflito ali explicitado, não aponta para soluções viáveis e plausíveis. Com base nessa perspectiva, acreditam que as causas mais significativas dos problemas envolvendo atores públicos e privados da área de saúde são de caráter sistêmico, estrutural e ético. Por isso, as soluções visualizadas envolvem providências estratégicas de aperfeiçoamento institucional, otimização de processos, regulamentação, políticas públicas específicas, eficácia de gestão e, até mesmo, mudança de cultura.

Ao longo das entrevistas individuais, os médicos identificaram e comentaram grande quantidade de impropriedades, inadequações e desvios de finalidade, envolvendo os vários atores que participam do Sistema Brasileiro de Saúde. Ganha destaque a queda de qualidade no atendimento aos clientes, devido à rapidez das consultas médicas e o sucateamento dos recursos de saúde pública que constituem um problema estratégico envolvendo todos os agentes do setor. Alguns dos impactos mencionados são mais evidentes para:

- a) Médicos credenciados: aviltamento crescente de sua remuneração e perda de *status* social.
- b) Hospitais credenciados: aviltamento crescente de sua remuneração.
- c) Pacientes do sistema supletivo: queda de qualidade no atendimento, custos crescentes de mensalidades.
- d) Planos e seguros de saúde: custos crescentes, concorrência predatória, perda de clientes, ameaças à sustentabilidade.
- e) Estado: aumento da demanda sobre os serviços de saúde pública, por migração de clientes dos planos; ameaça à estratégia de privatização do atendimento médico.
- f) Agência reguladora: descrédito quanto a sua eficácia e, portanto, dúvidas com relação a sua razão de ser.

Dadas essas condições, parece razoável desenvolver estudos visando descrever as dificuldades dos relacionamentos recíprocos entre esses atores, identificar, qualificar, quantificar e valorar as práticas microrregulatórias e seus custos, reavaliar os instrumentos contratuais e institucionais que podem limitar os conflitos de interesse e propor estratégias de aperfeiçoamento do modelo institucional existente.

Alguns médicos mencionam dificuldades em processos decisórios com dilemas éticos, envolvendo situações-limite como, por exemplo, a escolha de qual paciente vai sobreviver, utilizando o único recurso terapêutico disponível, demandado por muitos. Outros apontam dificuldades de escolha terapêutica, tendo em vista a possibilidade de vieses econômicos poderosos da indústria farmacêutica, em vários campos de pesquisa. Três mencionaram o tema ‘emoção’, sem, contudo, relacioná-lo, explicitamente, com o processo decisório.

Por outro lado, todos, com exceção de dois, manifestaram estranheza e mal estar ou envidaram esforços para disfarçar ou ocultar emoções e estados de espírito, consideradas proibidas ou inadequadas (medo, tristeza, insegurança, tensão), durante as entrevistas.

Tais circunstâncias podem sugerir a necessidade de se desenvolverem estudos qualitativos com o objetivo de identificar de que forma os médicos percebem a influência de seus estados emocionais ou afetivos, em relação aos processos decisórios terapêuticos que precisam utilizar cotidianamente, no seu contato com clientes.

O relativo alheamento dos médicos entrevistados em relação aos contratos que regulam suas relações com outros atores do sistema de saúde, associado à importância desses instrumentos reguladores, aponta para a necessidade de investigação mais aprofundada dos fatores que determinam essa situação.

Um estudo comparativo entre a percepção de médicos brasileiros e americanos sobre a importância do código de ética médica talvez fosse oportuno, na medida em que os resultados aqui apresentados diferem daqueles que aparecem nas pesquisas norte-americanas citadas no referencial teórico.

A manifesta preferência dos médicos entrevistados pelas orientações e juízos inspirados no seu código de ética pessoal, em detrimento do código de ética profissional, pode significar alguma inadequação deste último em relação às práticas cotidianas no exercício da medicina. Essa possibilidade pode recomendar uma investigação qualitativa da adequação do código de ética profissional às condições atuais de trabalho dos médicos brasileiros.

BIBLIOGRAFIA

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BOISAUBIN, V. E. Ethical dilemmas in managed care for the practitioner. In: BONDESON, W. B.; JONES, J. W. **The ethics of managed care professional integrity and patient rights**. Boston: Kluwer, 2003.

CHAPMAN, G. B.; SONNENBERG, F. A. (org.). **Decision making in health care: theory, psychology and applications**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000. .

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**, Brasília: CONASS, 2003. Site <http://www.conass.org.br/pdfs/gestao.pdf>, visitado em 25 de janeiro de 2008.

CORDEIRO, H. A., **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

EDDY, D. M. Clinical decision making: from theory to practice. *Anatomy of a decision*. **Journal of American Medical Association**, v. 263, n. 3, p. 441- 443, 1990.

GOMES, L. F. A. M. **Teoria da decisão**. São Paulo: Thomson, 2007.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, 2006.

HASTIE, R. Problems for judgment and decision making. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 653-683, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Acesso e utilização de serviços de saúde 1998**. Ministério do Planejamento. Rio de Janeiro, 2000.

JOHNSON, R. B. Hospital ethics review committees and business ethics: what managers can learn. **International Journal of Management**, v. 21, n. 3, p. 286–291, 2004.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Prospect theory: an analysis of decision under risk. **Econometrica**, v. 47, p. 263-192, 1979.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 13-33.

_____. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MEDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N., **O mercado de trabalho em saúde no Brasil**: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

OMS – Organização Mundial de Saúde - **WHOSIS 2007**, disponível em <http://www.Who.int/whosis/whostat2007healthsystemsna.pdf>, visitado em 27/06/07

PENA, R. P. M., Ética y estrategia en un marco teórico referencial de la ética de negocios. **Revista de Administração Contemporânea - RAC**, ed. esp., p. 229-252, 2004.

PRAEGER, K.; MAKUK. D. M.; FELDMAN, J. J. **Health**, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook. United States Government Printing Office, National Center for Health Statistics. Washington, DC: 1998.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (org.). **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP, p. 275-285, 2002.

SIMON, H. A., **Comportamento administrativo**: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas. Rio de Janeiro: FGV, 1970.

SIQUEIRA, J. E. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. **Revista Bioética**, v. 5, n. 1, Simpósio: A Ética da Alocação de Recursos em Saúde: 1997.

SROUR, R. H. **Ética empresarial**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. 27. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

Von NEUMANN, J.; MORGENSTERN, O. **Theory of games and economic behavior**. 3 ed. Princeton: Princeton University Press, 1953.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos, 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.