



XI Congresso Português de Sociologia
*Identidades ao rubro: diferenças, pertenças e
populismos num mundo efervescente*
Lisboa, 29 a 31 de março de 2021

Secção/Área temática / Thematic Section/Area:

Sociologia da Saúde

A escassez de recursos durante a 1ª onda SARS-COV2 e o adiamento da cirurgia eletiva durante o confinamento: a tomada de decisão dos cirurgiões gerais

SILVA, Cristina Piedade; ISEG – Instituto Superior de Economia e Gestão, Socius – R.Miguel Lupi, 20, 1249-078 Lisboa, Portugal, socius@iseg.ulisboa.pt

Resumo

Os cirurgiões gerais são capital humano de hospitais cujas *leges artis* podem ser afetadas pela escassez de diversos tipos de recursos. O vírus SAR-COV2 induziu ao encerramento das salas de cirurgia entre março e junho de 2020, traduzindo-se no cancelamento de milhares de cirurgias programadas. Esta limitação cirúrgica, bem como a inultrapassável escassez de EPI's impactou negativamente nas suas práticas, na tomada de decisão da adequada abordagem clínica e nos doentes estagnados em crescentes listas de espera (Vlessides, 2020). São escassos os estudos etnográficos e autoetnográficos existentes em hospitais que proporcionam conhecimento sobre as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde em Portugal, devido à diversidade de objetos e complexidade de sistemas, que não facilitam a investigação nesta área (Carapinheiro, 1993). Este artigo analisa 34 entrevistas a cirurgiões gerais e diários de campo a partir de salas cirúrgicas de cinco hospitais.

Palavras-chave: pandemia, cirurgia, recursos, restrições

XI-APS-25467

Introdução

As boas práticas anunciadas por um exigente código deontológico afeto à profissão médica podem ser prejudicadas por eventos externos à capacidade e à tomada de decisão dos cirurgiões gerais. Limitações económicas ou materiais estão habitualmente dependentes de diretrizes estabelecidas a partir de níveis hierárquicos superiores, nomeadamente dos órgãos de gestão das organizações hospitalares, e podem condicionar as *leges artis* dos profissionais de saúde.

O que se verificou nos hospitais portugueses na fase inicial da pandemia por SARS-COV2 foi uma escassez global de equipamentos de proteção individual (EPI's), agregada a uma condição de decisão de cariz governamental que obrigou ao encerramento de salas cirúrgicas - com consequente cancelamento de cirurgias programadas -, cujo impacto mais crítico nestes médicos foi a assunção da sua inutilidade para uma adequada tomada de decisão e respetiva inação perante a impossibilidade de tratar os doentes críticos.

A ausência de EPI's que assegurariam o mínimo de segurança para o exercício da sua função, entretanto relegada para um segundo plano na reconstituída »ordem negociada« (Strauss, 1993), não apenas prejudicou a sua atividade profissional como obrigou a um novo *modus operandi* na articulação do trabalho com a vida familiar. Num momento em que era “importante garantir a capacidade de cirurgiões e profissionais especializados em atuar durante a pandemia” (Coccolini *et al.*, 2020), estes homens e mulheres viram-se despidos não somente das vestes para a sua proteção das múltiplas origens de fontes de contaminação, como também da possibilidade de tratar e salvar os seus doentes que se diluíram em intermináveis listas de espera. “A melhor maneira de entender o que os profissionais de saúde estão mais preocupados é perguntando” (Shanafelt, 2020) e estar no seu campo de ação. Apesar de durante algum tempo, os hospitais terem encerrado as suas paredes à circulação de pessoas e de situações não urgentes, este estudo, realizado no âmbito de uma tese de doutoramento, cuja pretensão foi avaliar o impacto que a inesperada e calamitosa doença exerceu sobre estes profissionais, combina as componentes metodológicas etnográfica e autoetnográfica e suporta-se na elaboração de 34 entrevistas (on-line e presenciais) a cirurgiões gerais, e em diários de campo realizados durante procedimentos cirúrgicos nos hospitais portugueses, numa franja de tempo iniciada a 13 de março e concluída a 9 de julho.

Esta época coincide com a 1ª vaga da pandemia, o encerramento das salas operatórias durante dois meses e o subsequente lento recuperar da atividade cirúrgica. Os problemas e as preocupações dos cirurgiões e das cirurgiãs gerais inquiridos e observados para com as dificuldades de tratamento dos seus doentes, as condições em que tiveram de exercer o seu trabalho e a relação com as suas famílias, numa fase de distanciamento obrigatório e de confronto com o desconhecido, são aqui desnudados e expressam o valor que a sua ética representa nas suas práticas e na sua via em situação de catástrofe.

Enquadramento teórico

Atualmente, no panorama nacional, a sociologia da saúde procura uma diferenciação do campo sociológico, tendo sido em 1985 o 1º encontro nacional de Sociologia da Saúde. Nas últimas três décadas, e a partir de Carapinheiro (1986, 1991, 1993, 2010, 2014), a produção científica cresceu significativamente, através de metodologias intensivo-qualitativas com predomínio de investigação no feminino, principalmente na área da enfermagem, embora ainda não tenha passado de uma fase emergente. As primeiras publicações lançaram-se na revista *Sociologia, Problemas e Práticas* através de Graça Carapinheiro e Margarida Pinto, em 1986 e 1987, logo seguidas do Centro de Estudos da Universidade de Coimbra, que se inaugura com o número temático da *Revista Crítica de Ciências Sociais*, sob o tema “Sociedade, Medicina e Saúde” (Tavares, 2019), como adiante se detalha.

Apesar de apresentar uma matriz identitária, não pode, todavia, considerar-se um campo disciplinar autónomo (Antunes & Correia, 2009). Especialmente em contexto hospitalar, a investigação não só é dificultada pela diversidade profissional entre rotinas e eventos excepcionais (Areosa & Carapinheiro, 2008) como pela “obtenção de autorizações das suas comissões de ética, na apreciação intrusiva e ilegítima que aí se faz das suas propostas de estudo (na distorção dos propósitos da investigação, carregados de suspeição e desconfiança, pondo em causa o rigor e a qualidade do estudo “ (Carapinheiro, 2011b, p.65). Sublinhe-se que, enquanto ciência reflexiva, e porque todo o saber depende de condições sociais inerentes à sua produção, sendo a

saúde um direito e dependente de juízos de valor, o desafio passa por apresentar pontos de vista livres de conotações (Correia, 2013).

A sociologia da saúde contempla uma reflexão crítica da saúde em si e das suas manifestações específicas, ações, pessoas, prioridades, e instituições, usando os métodos da sociologia. A reflexividade crítica visa o exame de pressupostos, ortodoxias não desafiadas e consequências que são ignoradas ou invisíveis para os interessados em saúde que não estão em sintonia com os padrões sociais (Timmermans, 2013). Segundo o autor, a investigação qualitativa nesta área, como a etnografia, os métodos históricos, análises de discurso e entrevistas, constitui o potencial de atingir múltiplas audiências, cujos resultados devem interessar não somente às pessoas estudadas como também possam influenciar outros stakeholders, dado tratar-se de uma matéria existencialmente provocatória. Carapinheiro (1986) alerta ainda que os sistemas de interação médica, cujos protagonistas são médico e doente, colocam a ordem da saúde e da doença na ordem do mundo e da sociedade, apesar. Se nos anos 50 e 60 se tratava de uma sociologia com a perspectiva médica enquanto figura central de análise, constitui-se agora o campo mais abrangente da saúde enquanto bem individual e coletivo que comporta situações e fatos ligados à saúde e à doença (idem). Desde então, assistiu-se à abertura de um alargado espectro temático de interlocução com quadros teóricos e metodológicos, cruzando as teorias clássicas de Durkheim, Marx e Weber com as modernas, ditando, assim, o mainstream da sociologia da saúde (Nunes, 2014).

Os sistemas de saúde compreendem uma variedade de atores com diversidade de pontos de vista que constituem uma complexidade do conceito de qualidade da atenção à saúde. O produto, no serviço de saúde é a relação profissional-doente e o resultado desse contacto direto (Serapioni, 2012). Mas não é somente a variedade de atores e a consequente diversidade de pontos de vista que tornam este conceito complexo: Serra (2007) salienta que a complexidade da prestação destes cuidados encerra aspetos precisos da organização e da divisão do trabalho, o que decorre da hiper-especialização médico-cirúrgica que envolve a produção dos cuidados de saúde. Torna-se, assim, um desafio a investigação neste campo. O domínio da sociologia da saúde engloba uma pluralidade de objetos circunscritos às dimensões da saúde, doença e morte; instituições, organizações e profissionais de saúde; sistemas terapêuticos e políticas da saúde. Estas dimensões criam a identidade da sociologia da saúde e resultam das perspectivas dos precursores que a definiram como tal (Antunes & Correia, 2009). Em

Portugal, a coletânea dos primeiros estudos de saúde aparece agregada a uma componente política, tendo, Boaventura Sousa Santos (1987) e o Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra como condutores das investigações iniciais. Este autor concentra-se na problemática das políticas sociais para a saúde, a partir de um jovem SNS centrado na generalidade, universalidade e gratuidade da saúde. Graça Carapinheiro (1986), a precursora, inicia-se um pouco antes, centrando-se nos contextos hospitalares e na problematização das relações profissionais e da relação médico-doente. Converte a sociologia dos serviços hospitalares com perspectivas da sociologia das organizações, das profissões e da saúde e questões do poder de Michel Foucault. Hespanha (1987) segue-se-lhes, aplicando técnicas de recolha de informação intensiva e análise estatística para identificar fatores sociais e culturais na procura de cuidados de saúde em contexto rural e os desajustes entre um recém-criado SNS e uma população de uma aldeia peri-urbana.

No sistema de saúde português, o hospital é um elemento core e o modelo predominante de organização do trabalho, que apresenta características únicas e diferentes da maior parte das organizações. Ocupa um lugar central, tendo sido denominado de modelo hospitalocêntrico por Campos (1984). De acordo com Serra (2008, pp: 68-79), o hospital é um produto do século XIX e XX, um lugar central no sistema de saúde onde ocorrem a prática de medicina e a produção de conhecimento médico. Tem uma estrutura de autoridade burocrática e formal e, como qualquer outra organização, visa a maximização da eficiência no atingimento dos seus objetivos. Expressa uma dualidade das linhas de autoridade (vd. também Goss, 1963; Freidson, 1979, 1986) que decorre da autonomia profissional dos médicos, a qual se separa da autoridade burocrática formal que suporta as atividades diárias e que pode ser anulada por razões de ordem médica. No ponto de vista da autora, esta dualidade torna o hospital uma organização de “burocracia profissional”, caracterizada por Mintzeberg (1979; 1995 apud Serra 2008) como um padrão em que os profissionais assumem o controlo sobre o seu trabalho e a coordenação se fundamenta na padronização das qualificações. Este modelo organizacional contraria o modelo de Weber, de burocracia tradicional, de centralização e formalização do poder (idem). Carapinheiro (1991) defende esta mesma posição: no hospital atua um sistema dual entre a administração e os médicos, em que a autoridade profissional na divisão do trabalho hospitalar pertence a estes, pela posse

de saberes e competências centrais para tratar e curar, descrevendo o poder médico como um “poder-saber”, o qual, pela detenção destes fatores, penetra no poder administrativo nas áreas de ação e decisão hospitalar. Jamra *et al.* (2016) subscrevem a mesma perspectiva e assinalam que nos hospitais brasileiros investigados reina uma alternância entre o poder médico e o administrativo. O sentido de autonomia dos médicos passa pelo direito de seleção de casos clínicos, reservas de camas, definição de horários e dedicação mais ou menos direta aos doentes. Não, é contudo, o que se observa neste estudo, dado verificar-se uma total ausência de poder e de autoridade por parte dos profissionais estudados.

A perspectiva funcionalista da profissão médica advém de Parsons (1951) sobre a definição da importância do fenómeno social do papel do doente, que só pode ser atribuído pelo médico, e da importância que os cuidados de saúde representam na sociedade moderna. Deste modo, os médicos são vistos como autoridade e poder para intervir nos corpos doentes, legitimados pela importância funcional do seu papel atribuída pela sociedade. Serra (2008) evidencia o facto de que, apesar de o médico parecer dominar a estrutura hospitalar, não se pode dissociar das bases burocrática e tecnológica que caracterizam o hospital.

Acentuando que o hospital é um local de acolhimento e atenção à vida humana, em momentos sensíveis e percorrendo uma linha em tudo semelhante à de Serra e Carapinheiro, Oliveira *et al.* (2018), confirmam que a complexidade da estrutura da organização hospitalar reside na exigência de conhecimentos específicos para gerir os seus recursos físicos e humanos, até porque nas últimas décadas a tecnologia, os avanços na ciência e a forma de conceção da saúde pelos órgãos públicos e pelos privados, têm obrigado a grandes transformações nas organizações hospitalares. Neste contexto, os autores intensificam que é importante atentar às expectativas dos profissionais e à sua satisfação, uma vez que há relações de troca entre os sujeitos que se refletem na qualidade dos serviços prestados.

O surto de COVID teve o seu início oficial a 31 de dezembro de 2019 quando em a Comissão Municipal de Saúde de Wuhan, na China, reportou os primeiros 27 casos de pneumonia de etiologia desconhecida, cujo patogénico os cientistas chineses vieram a denominar de SARS-CoV2 e que, em fevereiro a (Organização Mundial de Saúde) OMS designou a doença de COVID-19 (Guerci *et al.*, 2020, Stahel, 2020).

Portugal sofreu os primeiros efeitos da pandemia um pouco mais tarde. Segundo o COVID-19 Health System Response Monitor (2020), a Ministra da Saúde determinou a 16 de março, as medidas a aplicar aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Entre outras medidas que preconizavam o adiamento de tratamentos, registaram-se a reconversão da consulta em teleconsulta para uma redução das consultas presenciais, o adiamento da cirurgia eletiva, e a disponibilização de todas as agendas para assistência a episódios de doença aguda no sentido de reduzir ao máximo o contacto entre profissionais de saúde e doentes, como forma de conter o contágio e de assegurar uma capacidade instalada no SNS adequada às necessidades da doença.

A medida viu-se apenas gradualmente revertida a partir de 3 de maio (vd. despacho 5314/2020), apesar de em junho ainda se verificar apenas uma lenta e parcial recuperação das cirurgias programadas em alguns hospitais e a generalidade apresentar números de produção inferiores aos do ano anterior. Instruções da administração central foram desenhadas no sentido de recuperar a produção, nomeadamente as cirurgias adiadas, minimizando os efeitos negativos sobre a saúde da população (vd. também Proc. 04/2020 do Tribunal de Contas, outubro 2020).

Nesse período de um mês e meio, a quebra da produção cirúrgica programada foi de 58% relativamente ao ano anterior, o que representou o adiamento de mais de 93000 cirurgias eletivas. Simultaneamente, realizaram-se menos 4.359 cirurgias urgentes, números que refletem per si a quantidade de doentes que ficaram sem intervenção cirúrgica.

Este cenário foi reproduzido no acesso às consultas hospitalares e ao internamento cirúrgico; como consequência da redução da atividade da consulta externa, não totalmente recuperada pela teleconsulta, o número de inscrições para cirurgia reduziu em mais de cem mil novas inscrições para cirurgia e, por inerência, o internamento hospitalar foi proporcionalmente reduzido. Esta realidade foi transversal aos prestadores de serviços cirúrgicos do setor social ou privado contratados em regime de recuperação de lista de espera através do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC). As ações propostas na tentativa de recuperação de atividade cirúrgica decretada a 2 de maio, incluíam normas e orientações da Direção Geral de Saúde (DGS), as quais visavam cuidados e segurança acrescidos na proteção dos atos dos profissionais de saúde, designadamente no que concerne a equipamentos de proteção

individual, abordagens e circuitos de doentes suspeitos ou infetados (vd. Norma n.º 14/2020, de 14/07 – “Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos”).

O COVID-19 Health System Response Monitor destaca que em Portugal a maioria dos hospitais pertence ao SNS, gerido pelo Ministério da Saúde. Dos 107 existentes, 3 resultam de Parcerias Público-Privadas (PPP) e 6 são militares ou prisionais. Apesar de a maioria destas instituições dispor de laboratórios de microbiologia para diagnóstico de infeção por SARS-Cov-2, numa fase embrionária, os processos de análise de testes para os hospitais que não os têm foram lentos e atrasaram cirurgias urgentes a doentes que não podiam ser intervencionados sem o resultado.

A escassez de equipamentos e proteção individual foi logo de início reportada, à imagem do que acontecia na China. EUA e Itália, recursos que incluíam ventiladores, camas de cuidados intensivos, conversão de salas de bloco operatório em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e racionalização de cuidados médicos (Daya *et al.*, 2020; Spinelli & Pellino, 2020; Rosembaum, 2020), o que conduziu à criação de uma Reserva Nacional Estratégica e à criação de um stock que chegou apenas no mês de setembro. Em fevereiro o SNS contava com um capital humano de: 30.172 médicos. A Ordem dos Médicos (OM, 2020) regista a existência de aproximadamente 1700 cirurgiões distribuídos pelos sistemas públicos e privados.

Segundo a OM, a 18 de março já um quinto da população testada infetada eram médicos e estava diagnosticada dos EUA à Europa a escassez severa de máscaras e outros equipamentos de proteção individual, como luvas, respiradores, viseiras, fardas e desinfetante das mãos (Ranney, 2020), numa altura em que o uso de máscara e a higiene das mãos tinham sido rapidamente consideradas medidas efetivas de prevenção de transmissão da infeção por SARS-Cov-2 (Wu *et al.*, 2020). Esta realidade forçou a gestão hospitalar à utilização de equipamentos de proteção apenas em casos de COVID confirmados, o que causou índices de elevado stress nos profissionais (Spinelli & Pellino, 2020). Foram utilizadas estratégias de reutilização e desinfecção de máscaras, que são um consumível descartável, em face da ausência de fornecimento devida ao encerramento de fábricas na China, que produzia cerca de metade das máscaras utilizadas em todo o mundo e ao excesso de procura relativamente à oferta (Vlessides, 2020; Ranney, 2020; Wu *et al.*, 2020). A corrida ao uso da máscara, elevou os preços dos dispositivos de tal modo que países, como a China tiveram de impor limitações aos

valores expostos ao mercado (Wu *et al.*, 2020). A escassez de EPI's exige um largo crescimento da produção, um processo que exige um tempo, de que os sistemas de saúde não dispõem, dado o rápido desenvolvimento do número de infetados. Quando os sistemas de saúde entram em modo de crise, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomendam o cancelamento de cirurgias não urgentes e eletivas, orientação seguida pelo governo português, nas quais são usadas máscaras, utilização de máscaras para além dos prazos de caducidade, reutilização, e prioridade na utilização em procedimentos onde sejam utilizados aerossóis ou sprays. Na ausência de máscaras, recomenda-se o uso de viseiras, de máscaras domésticas ou lenços, o que incrementa, inevitavelmente o risco de infeção aos profissionais de saúde,. Na ausência de EPI's, recorre-se a sacos plásticos (Livingston *et al.*, 2020).

Em não raros casos, na 1º fase da pandemia, médicos ao serviço que apresentaram sintomas da doença ficaram inibidos de fazer teste, por não haver suficientes e estes não estarem indicados em situações onde o profissional não demonstrasse exposição a alguém infetado, o que os levou a a colocar a questão de “quem vai seguir em frente?” (Rosebaum, 2020). Por outro lado, tardou tempo a montar unidades para doentes infetados, pelo que se colocava a preocupação médica de como proteger os outros doentes da exposição ao vírus e como tratar as outras doenças, principalmente com a noção de que alguns destes doentes adquiriram o vírus durante o internamento. Sem equipamentos de proteção suficientes disponíveis no mercado, outra preocupação era a de como proteger os próprios profissionais de saúde, do médico à enfermeira, aos operacionais que limpavam as salas e aos terapeutas respiratórios (*idem*).

Se já anteriormente, as salas cirúrgicas se ressentiam em muitos hospitais públicos do défice de anestesistas, este fator foi sublinhado pela necessidade desta especialidade ser retirada para apoio ao estado de emergência. Enfermeiras de bloco foram realocadas para outros serviços e as camas de cirurgia acabaram por ser ocupadas por outras especialidades que tiveram de libertar as suas áreas de internamento para a emergência COVID, o que acentuou a paralisação dos blocos operatórios para a cirurgia programada. Ao contrário de Itália, país desde logo identificado com uma elevada taxa de infeção, cujos cirurgiões foram, numa fase muito preliminar, instruídos a lidar com doentes COVID, em procedimentos de vestir e despir e em tratamentos de falha respiratória, para rapidamente serem colocados nos serviços de emergência COVID e

afastados da atividade cirúrgica (Guerci *et al.*, 2020), em Portugal, os cirurgiões foram limitados a assegurar as consultas virtuais e as urgências cirúrgicas, não tendo sido, nesta 1ª fase, recrutados para a “linha da frente”.

As exigências criadas num sistema de saúde por uma pandemia como a COVID-19, acentuaram a necessidade de racionalização de equipamentos e intervenções médicas. Como previamente mencionado, o primeiro exemplo reportou à falta de máscaras para os profissionais de saúde, mas rapidamente se estendeu à escassez de ventiladores, outros equipamentos de proteção individual, testes e de camas, resultado de um desequilíbrio entre a procura e a oferta. Cedo se reportou que as taxas de mortalidade por SARS-CoV 2 variavam entre os 0,25% e os 3% e afetavam os mais vulneráveis, pelo que este nível de doença ultrapassou larga e globalmente a capacidade dos hospitais. Como consequência, a disponibilidade da força de trabalho médica foi, forçosamente, afetada ora pela infeção ora pela obrigatoriedade de recurso a quarentena (Emanuel *et al.*, 2020). Outros estudos reportaram mortalidade na ordem dos 3,5% logo na fase inicial da pandemia e um aumento do volume de internamento hospitalar, sob o risco iminente de escassez de mão de obra devido à exposição viral, doenças respiratórias e questões logísticas (Stahel, 2020).

A necessidade de reduzir as cirurgias a casos urgentes e emergentes encontrou justificação médica no facto de aparecerem publicações que noticiavam índices de morbilidade e mortalidade elevados em doentes com COVID-19 (Neupane, 2020; Spinelli & Pellino, 2020). Outros motivos imputados prendem-se com a libertação de ventiladores, enfermeiros e anestesistas para as emergências de COVID, bem como a conversão de salas de bloco em camas de cuidados intensivos adicionais (Spinelli & Pellino, 2020). Contudo, as Associações Médicas e Cirúrgicas cedo identificaram que as consequências potenciais de cancelamento de cirurgias eletivas poderiam ter um impacto mais dramático na sociedade do que a morbilidade e mortalidade infligidas pelo coronavírus. A literatura refere que mais de 50% de todos os casos cirúrgicos eletivos têm potencial para infligir danos significativos aos doentes se adiados ou cancelados. Um declínio na saúde destes torna-os mais vulneráveis à infeção (Stahel, 2020). Saliente-se que, apesar de na 1ª vaga os cirurgiões portugueses e de outros países europeus não terem estado na linha da frente ao combate da epidemia, a sua inquietação residiu na oferta de tratamentos cirúrgicos aos seus doentes que apresentavam outras doenças severas, particularmente os doentes oncológicos (Maurizi & Rendina, 2020).

A reorganização hospitalar foi gerida localmente. As instituições ficaram responsáveis pelas suas próprias aquisições de equipamentos, testes, ventiladores, equipamentos de proteção individual e recursos humanos, acrescentando profissionais jubilados. As cirurgias de rotina ficaram em lista de espera e as urgências decaíram 45%. Os casos confirmados ficaram hospitalizados em isolamento. Os testes foram inicialmente realizados em hospitais de referência e inicialmente apenas o Instituto Nacional de Saúde realizava os testes ao SARS-Cov-2. Mais tarde estendeu-se esta possibilidade aos laboratórios hospitalares, militares e privados (COVID-19 Health System Response Monitor, 2020).

Os cirurgiões assistiram à mais dramática mudança nas suas práticas através do decrescente número de cirurgias eletivas, associado a um crescente e confuso estágio de recomendações de sociedades científicas e do Estado, que representou numa fase inicial um momento prolongado de turbulência nas suas vidas (Diaz et.al, 2020). Tal não representa unicamente a visão de uma medicina obrigatoriamente alterada em função da nova realidade inultrapassável, como sociologicamente, abala a teoria da (necessária ou evidente) “ordem negociada” nas instituições. Esta surge a partir de um artigo publicado em 1963 por Strauss, Bucher, Ehrlich, Schatzman e Sabshin, sobre uma ordem negociada verificada e registada em observações de campo em dois hospitais mentais, um público e um privado, conceito que ganha forma pela corrente interacionista, nomeadamente pelos mais vocacionados para as organizações, como é o caso de David Maines, que enfatiza a continuidade do conceito com a tradição da escola de Chicago (Strauss & Maines, 1993). Para estes autores, as relações organizacionais não existem sem negociações padronizadas, com períodos limitados e sujeitos a revisão e renovação de acordos abertos ou encobertos, estabelecidos por alianças em qualquer nível da organização, que podem ser afetadas por eventos habituais ou excepcionais que alterem esta ordem negociada. O processo de negociação é diário e não só permite a realização do trabalho, como uma maior formalização e permanência das regras e políticas organizacionais, bem como entendimentos e convenções estabelecidas que estabelecem limites e direções da negociação (idem, apud Strauss, 1978). Esta ordem, contudo, não abrange os subprocessos que Goffman (1961) revisitou no que considerou ser a subvida de uma instituição pública enquadrada no modelo por si designado de instituição total (“local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos

semelhantes ficam isolados da sociedade em geral por um considerável período de tempo e lideram uma forma de vida enclausurada, formalmente administrada”), como hospitais mentais, prisões ou campos de concentração e que considera as relações de poder na forma de coação, agressão física e agressão psicológica que desfiguram a identidade individual das pessoas institucionalizadas. Para Strauss & Maines, sem os processos de interação não existiriam rotina, modos estandardizados de ação coletiva, fossem eles recorrentes ou episódicos. São processos essenciais para prevenção, adaptação, manipulação, monitorização e mudança, que são válidos tanto para as ações das pessoas como para as ações coletivas e, portanto, há necessidade de persuadir, ensinar, coagir ou negociar com outras pessoas que podem ser pessoas, grupos ou instituições. Ainda que esta teoria contemple a existência de múltiplas perspectivas que condicionam tanto a ordem como a desordem, a desordem do inesperado parece ter favorecido o nascimento de uma ordem negociada; novos padrões de interação, novos trajetos nos acessos, novos fardamentos, a própria distinção de espaços para doentes COVID e não COVID... uma reorganização do trabalho, em que horários e rotinas são quebrados pela força de uma catástrofe cujos contornos de resolução eram totalmente desconhecidos à força de trabalho.

Novas formas de tratar foram, portanto, implementadas: a cirurgia foi preterida a terapias não cirúrgicas como a radiação, quimioterapia e terapias adjuvantes, depois de avaliação multidisciplinar (Daya *et al.*, 2020). Os doentes cirúrgicos com patologia oncológica foram considerados de alto risco para infecção por Covid 19, um risco que se estendia aos cirurgiões que os operavam e que passavam, por esse motivo, pela aerossolização prolongada, e pela referida ausência de equipamentos de proteção individual devido à escassez ou ao racionamento destes recursos.

Apesar de a prioridade clínica ser os doentes com neoplasias, alguns governos optaram por deslocalizar esses casos para centros específicos de forma a libertar recursos noutros hospitais. Os doentes de cirurgia eletiva, com doença benigna, ficaram em espera, prevendo-se uma exigência de recursos a posteriori para a recuperação do atraso. Não obstante, não é possível ignorar os doentes que aparecem com situações de emergência durante a pandemia pelo que as unidades e pessoal afeto à cirurgia tiveram que ser reorganizados de maneira a reduzir o risco de infecção. A maior parte dos centros reduziu as consultas e número de cirurgiões em enfermaria, aumentando os serviços de emergência, reduzindo o risco de exposição tanto a profissionais como a doentes. Em

situações de cirurgia de urgência, as indicações são iguais para doentes testados positivos e negativos, havendo relatórios de pós-operatórios complexos em doentes positivos. Numa fase inicial de escassez de EPI's, a gestão hospitalar recomendava o seu uso apenas em situações testadas positivas, causando situações de stress nos profissionais. Nesta fase, não havia políticas consistentes na testagem por rotina aos profissionais de saúde. Como previamente mencionado, o uso de laparoscopia era controverso: devida a incerteza sobre a permanência do vírus na circulação de CO2 usado na cirurgia laparoscópica ou em procedimentos que geram aerossóis. A telemedicina foi uma alternativa mais económica e com um perfil ambiental positivo, mas tal constitui um fardo psicológico inerente a avaliar, principalmente em cirurgiões e outros profissionais de saúde em burnout que precisaram de um suporte adicional (Spinelli & Pellino, 2020). Este suporte, bem como toda a responsabilidade de providenciar equipamentos de proteção individual aos profissionais de saúde, ficou ao cargo de cada instituição hospitalar (COVID-19 Health System Response Monitor, 2020). A este necessário apoio psicológico, do qual falta evidência no país, ver-se-ia acrescida a preocupação por demais registada, principalmente na fase inicial da doença, e o medo de os profissionais de saúde infetarem as suas famílias, principalmente os mais velhos e imuno-comprometidos ou com doenças crónicas. Esta pandemia sublinhou a importância de uma utilização cuidadosa de recursos financeiros e humanos, uma vez que a preservação de recursos e mão de obra é de importância suprema na saúde (Coccolini *et al.*, 2020).

Metodologia

No âmbito da sua tese de doutoramento, cujo objetivo começou por ser a avaliação do impacto das restrições orçamentais nos comportamentos dos cirurgiões, a investigadora procurou entender se a Covid19 representava um impacto de igual ou maior dimensão nas boas práticas destes profissionais. Assim, formulou uma lista de objetivos para aprofundar o seu conhecimento, nomeadamente:

- a) Se a condição pandémica tinha impacto no trabalho nas boas práticas dos cirurgiões;

- b) Se, à luz da ética individual, a situação produzia afetação no tratamento dos doentes;
- c) Se, em termos da ética de intervenção para o bem comum se praticava ou não o melhor tratamento possível para o maior número de doentes;
- d) Quais as (eventuais) diferenças entre o contexto público e o privado;
- e) Quais as causas e as consequências da desproteção (ausência de testes e de EPI's) e do medo sentido no dia a dia deste grupo de médicos;
- f) Que influência estes profissionais poderiam sofrer dos seus stakeholders, designadamente da Comissão de Ética e do Colégio da Especialidade;
- g) Qual a nova realidade na articulação trabalho/família;
- h) Que ideia tinham estes médicos do seu futuro mais próximo e do mais longínquo.

Com base nestes pressupostos, foram realizadas 34 entrevistas a cirurgiões gerais do território continental entre 13 de março e 9 de julho de 2020, das quais oito se classificam de follow up, dado que contaram com a colaboração de 4 profissionais que foram regularmente entrevistados para dar o ponto de situação e a evolução das condições dos hospitais que representam e da sua própria experiência ao longo dos quatro meses. Nos primeiros dois meses, e dadas as restrições a confinamento, as entrevistas foram realizadas através das plataformas virtuais Teams e Watsapp. Os 26 cirurgiões e cirurgiãs entrevistados tinham um mínimo de 35 e um máximo de 67 anos, representavam um mínimo de 2 e um máximo de 30 anos de especialização em cirurgia geral e dividiam-se entre as várias categorias hierárquicas próprias da profissão: assistente, assistente graduado, assistente graduado sénior, coordenador e diretor de serviço. Catorze destes profissionais trabalhavam em exclusividade no setor público em hospitais EPE (Entidade Pública Empresarial), incluindo ULS (Unidades locais de Saúde), de norte a sul do continente, sendo representantes dos diferentes grupos (I,II,III) hospitalares de acordo com a classificação da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS); dez deles exerciam simultaneamente atividade nos setores público e privado e dois encontravam-se em exclusividade no setor privado, representando dois grandes grupos de saúde privada no sistema de saúde português. As entrevistas semi-estruturadas conduzidas a partir de 14 de maio e até julho foram realizadas presencialmente. A partir desta data, que coincide com um vagaroso retomar da

atividade cirúrgica, a investigação assentou em observação participante durante procedimentos cirúrgicos, exercida no âmbito da atividade profissional da investigadora - que presta assistência técnica em bloco operatório para uma multinacional de dispositivos médicos-, durante intervenções cirúrgicas. Foi possível verificar as recém modificadas condições de trabalho em que os cirurgiões passaram a operar, bem como constatar a existência da já referida “nova ordem negociada” entre os vários intervenientes e os próprios acessos ao espaço cirúrgico dentro dos hospitais. Esta observação realizada em cinco hospitais foi registada em diários de campo.

Resultados

Nas primeiras 3 a 4 semanas da pandemia, verificou-se uma inexistência generalizada de EPI's e de testes, resultante das próprias condições de mercado:

"Oh... material de proteção, condições básicas de...: computadores para escrever, enfermeiros para fazer pensos, ahmmm máscaras para os doentes...não há nada!(...) Não há que chegue, não é suficiente... tem que se inventar... Eu ando com a mesma máscara há 4 dias, não é? A semana passada foi a mesma para a semana toda, n' é?" (Angelina, 43, ARS Centro, Grupo I)

“...aos profissionais zero testes. No (hospital público) ninguém foi contactado para fazer(...) não é só médicos! Eu estou a falar médicos, auxiliares, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos.” (Vera, 41, ARS Norte, Grupo III)

No entanto, e apesar de noticiadas as condições do mercado mundial, pairava entre os cirurgiões uma sensação de incerteza sobre a equidade de distribuição destes equipamentos:

“... queria acreditar que isto era uma escassez do mercado, mas eu penso, é a minha opinião pessoal, que os hospitais não estão a ser tratados de igual forma.(...) Eu penso que... que os equipamentos, os materiais, sobretudo nesta crise que estamos a viver, não estão a ser distribuídos de igual modo pelos diferentes hospitais.” (Carolina, 55, ARS Centro, Grupo II)

Em função do crescente número de casos, em pouco tempo se verificou uma escassez de recursos humanos hospitalares, pelo que as instituições proibiram o exercício em simultâneo das atividades pública e privada, de modo a que os médicos que exerciam em ambos os setores ficaram temporariamente afetos a exclusividade nos hospitais públicos.

De um modo geral, os cirurgiões denunciaram uma afetação da situação nas suas boas práticas, não somente pelo adiamento de cirurgias mas, adicionalmente, pelo fato de as sociedades médicas internacionais terem desaconselhado os procedimentos por laparoscopia, que são de menor invasibilidade para os doentes cirúrgicos:

“...basta pensarmos no adiamento, no cancelamento de algumas intervenções cirúrgicas de média urgência, sim (...)Portanto... ao não manter a nossa atividade plena significa que não fazemos consultas de doentes que poderíamos ter necessidade de ver, não rastreamos e não fazemos exames com a mesma... [interrupção]... Portanto, potencialmente, poderemos vir a pagar uma... uma fatura acessória,“ (M^aLuz, 55, ARS LVT, Grupo II)

“Neste momento está contraindicada a laparoscopia.(...) isto reforça o nosso... o nosso adiamento das cirurgias eletivas ou programadas que não tenham urgência, uma vez que vamos ter que recorrer a cirurgia... a modos de abordagem mais invasivos e com uma recuperação mais difícil, que por sua vez vão deteriorar o sistema imunitário do doente e torná-la mais suscetível à pandemia atual...” (Mónica, 39, G. Privado, ARS LVT)

Outros exemplos da constatação da interferência da situação nas boas práticas dos cirurgiões prendem-se com a transformação da consulta presencial em virtual e da ausência de exames de diagnósticos, que impediram um diagnóstico atempado:

“Eu...eu não dou consultas. As consultas ‘tão todas a ser feitas por telefone. Por muito que os doentes me digam que estão bem, eu não estou a ver as feridas, não estou a apalpar as barrigas, não estou a sentir o doente, não é? Claro que está a afetar os doentes...” (Angelina)

“Já tem afetado, não é? (...)E acredito que vai afetar mais no futuro, uma vez que os... há doentes que também precisam de ser tratados e há exames complementares de diagnóstico que não estão a ser realizados. O estadiamento de doentes oncológicos estão cancelados.(...) um impacto... que abrange outros doentes, alguns graves, que não estão a ter, se calhar, o tratamento adequado e atempado à sua condição clínica.” (José França, 42, ARS Norte, Grupo II)

Os trajetos – a circulação interna dentro dos hospitais - tanto de médicos como de doentes foram radicalmente modificados e aos serviços de cirurgia geral tiveram que ser retiradas camas para instalar doentes infetados, o que diminuiu drasticamente a capacidade de aceitar doentes, inclusivamente para cirurgias urgentes de doentes neoplásicos. Verificou-se a existência de três tipos de escassez críticos: de recursos humanos, de dispositivos (médicos, de diagnóstico, de proteção) e de tempos operatórios para dar seguimento a cirurgias urgentes. Tal teve um impacto direto na qualidade do tratamento dos doentes, nas *leges artis* e na tomada de decisão ética dos cirurgiões gerais:

“Gerir os recursos humanos é bem mais difícil, neste momento. (...)Para já, porque o... em bloco, é uma equipa multidisciplinar, vai desde o assistente operacional a... e tem... e, portanto, tem... há todo ali um trajeto que o doente passa e que... e que passa por muitos profissionais e que nós, de facto, temos que ter... ter cuidado e, principalmente, nesta fase foi muito tranquilizar os profissionais que aquele doente estava bem e que não era uma ameaça, porque parece que, de repente, os profissionais de saúde olham para os doentes como ameaça, mas é uma ameaça que eles nem bem eles sabem o que é que... o que é que é.” (Vera)

“Nós temos uma preocupação muito grande agora... preocupação de duas ordens: uma delas prende-se com o facto de precisarmos de disponibilidade de camas hospitalares; e outra prende-se com o facto de os doentes... os doentes propriamente terem medo de ir para o hospital e serem operados ou serem internados num hospital” (Carolina)

“A questão é relativamente à prática da *leges artis*... se... pensar naquilo que eu lhe disse até do circuito do doente, isto é evidente que sim, só por aí digo que sim, que ela foi... que foi... que foi impedida de a praticar, de ser aplicada.”(Bruno, 63, ARS LVT, Grupo I)

“Interfere, interfere bastante. Tenho doentes que fizeram medicação prévia à cirurgia com janela terapêutica, neste caso benignos, dou o exemplo da parede abdominal, que foram cancelados. Portanto, há um prejuízo claro quer para o doente, quer para instituição... que gastou um procedimento e gastou um fármaco forte que... de certa forma inconsequente, uma vez que não vamos tratar o doente na janela terapêutica. Temos doentes oncológicos a aguardar cirurgia que foi... que foram cancelados.(...). vai muito para além do COVID e está a interferir nas boas práticas e no tratamento ideal e atempado a doentes com... situações graves.” (José França, 42, ARS Norte, Grupo II)

No que concerne à sua visão numa ética de intervenção para o bem comum, denotou-se uma assumida impossibilidade de tratar da melhor forma a maioria dos doentes, como exemplifica Angelina:

"Não! Não permite tratar da melhor forma NENHUM doente! (risos)" "permite tratar de alguma forma, mas não é da melhor! A cirurgia não é chegar lá e cortar coisas... tem que se ver depois...e é muita coisa. Tem enfermeiros de pré-operatório, tem enfemeiros de peri-operatório, enfermeiros de pós operatório...tem técnicos de fisioterapia, tem psicólogos, tem dietistas...nada disso está a funcionar agora como deve ser, porque os serviços estão parados! E isso tudo vai influir no resultado do doente. E claro que tudo, tudo vai ter influência, os doentes vão sentir e vão ser prejudicados!"

Apesar de a nível de intervenções cirúrgicas, hospitais públicos e privados terem ficado impossibilitados de operar, a população acorreu toda às instituições do setor público.

"Acho que neste momento só podemos contar com os hospitais públicos. Os hospitais privados são um bocadinho como aquele indivíduo que diz “agarrem-se senão eu bato”...(...)'tão dispostos a emprestar ventiladores, estão dispostos a

tudo mas, de preferência “lá fora nas vossas enfermarias. Não venham infetar aqui e estragar o nosso negócio que temos aqui tão bem montado.”(...)As pessoas que vão lá são é enxotadas para o serviço nacional de saúde!” (Aida, 67, ARS Alentejo, grupo I)

“O impacto do... do número de doentes infetados é muito maior num hospital público do que num hospital privado. Neste momento, algum doente que tenha alguma patologia que não seja associada ao COVID pode ter um tratamento no hospital privado que, se calhar, se fosse num público os recursos estão todos direcionados para o COVID e não vão... não vão ter a sua patologia assistida. (...) os privados eventualmente podem conseguir decidir alguma prioridade em patologias que tenham premência de ser tratadas que não estejam relacionadas com o COVID. Os hospitais públicos que estão... estão a tratar de COVID, presumo que estejam assoberbados e que não consigam despender recursos para as restantes patologias.” (Mónica, 39, ARS LVT, Privado)

Quando questionados sobre que decisão tomariam em circunstância de dilema ético (i.e.: “caso se encontre na situação de decidir entre dois doentes qual deles ventilar, como reagirá?”), a maioria dos entrevistados expressa um apelo à emoção:

“Pois, isso é... é difícil. Eu acho que... nessa altura, ninguém me dá normas, sinceramente. Eu aí atuo muito... continuo a atuar com a emoção. Se conhecer a pessoa antes, que é isso que nos traz a emoção e sabemos que é alguém que... qual é a vida que tinha cá fora, qual era a sua vida de relação, a sua importância na família, social, económica, como pessoa, até a história dessa pessoa, eu acho que entre um... um... um velhote de 80 anos e um de 60, eu sei que temos de apostar no dos 60, mas, se calhar, aquele velhote de 80 anos também tinha tanta importância como o dos 60, por isso, eu acho que mesmo que não quisesse, acho que era aí que a emoção ia... ia... (...)” (Catarina,55, ARS LVT, Grupo III)

A sensação de desproteção esteve sempre patente desde o início das entrevistas, tanto pela ausência de EPI's como de testes. Para se testarem doentes, não se podiam testar

profissionais. Os cirurgiões alegaram trabalhar em condições de stress psicológico e o medo tomou os seus dias:

“Não estão! Nós não somos testados!-(...) Não. Eles não querem saber de nós p’ra nada. É carne p’ra canhão!”

(António Assis, 59, ARS Norte, Grupo II)

“...mas não temos os EPI’s adequados. Portanto, não temos fatos inteiros. Nós vamos usar as mesmas batas impermeáveis que levamos para a cirurgia normal, as máscaras cirúrgicas vão ser substituídas por P2, existem óculos, compraramos capacetes com viseira, mas não temos cogulas, não temos proteção de sapatos, portanto, os nossos... as nossas proteções são as habituais, não temos até ao joelho. Portanto, vamos ficar sempre com zonas desprotegidas.” (Matilde, 43, ARS LVT, Grupo I)

Enquanto que as comissões de ética não tiveram qualquer papel neste evento, já o órgão representativo da Ordem dos Médicos (Colégio de Especialidade) para a Cirurgia Geral utilizou os princípios designados pelas associações médicas cirúrgicas americanas e rapidamente os fez distribuir pela comunidade de cirurgiões. Maior do que qualquer outro medo experimentado nesta fase, estes médicos e estas médicas sentiram o pânico de poderem veicular o vírus para os seus familiares e, apesar do forte sentimento de solidão que isso lhes causou, optaram por viver este período distanciados de filhos, pais e cônjuges:

“As pessoas sentirem que ao estar a tratar outro... estão a correr riscos que são transmissíveis aos seus amigos, aos seus familiares, aos seus pais idosos, etc.”

(M^a da Luz)

“Nunca me imaginei como pessoa numa situação destas, mas é muito pior sentir na pele, ser médica numa situação destas... porque tenho de ser diferente daquilo que eu sou no meu dia-a-dia com os doentes e a bem da minha família tenho de negar algo que me faz muita falta.(...) Não tenho vida familiar. A vida familiar é pelo WhatsApp para poder ver a família ou pelo Skype porque eu não me atrevo a chegar perto da família, não é? Nem pensar. Para todos os efeitos, eu sou um veículo. “(Carolina)

“Não vejo os meus filhos. Vejo-os ao longe, digo adeus e tal e pronto... “
(Henrique, 58, ARS Norte, Grupo III)

A ansiedade circunstancial dominou a sua visão sobre o futuro. O cenário apresentava-se-lhes como um futuro com cirurgias mais complexas – devido ao fato de os doentes ficarem tanto tempo por operar e, assim, piorarem a sua condição:

“Tenho doentes muito complexos e... que sofrem muito, pronto, que são doentes com recidivas e com... coisas complexas, de... hérnias, fistulas, etc. que... estão tão complicados, mas que efetivamente não têm o rótulo de oncológico. Não tendo o rótulo de oncológico, não são considerados prioritários e são doentes tão complexos que neste momento estou impedida de os operar e de tratar face à situação atual que só concede cirurgia de urgência ou cirurgia oncológica. Assim sendo, estes doentes estão a protelar problemas, estão a agravar o seu problema, ou seja, as hérnias que são complexas estão-se a tornar ultra complexas e os quadros ultra complexos que... que mais tarde terão mais complicações.” (Carla, 50, ARS Norte, Grupo III);

- como de uma eminente exaustão, previsível pela pandemia em si e pelo pós-pandemia que exigiria uma recuperação de doentes cirúrgicos em lista de espera:

“A passar um mau bocado. Vejo-me a ficar... se não ficar doente, vejo-me exausta. Vejo-me no linear da exaustão.(...)... mas vai ser... vai ser preciso trabalhar muito, porque a situação vai ser muito má, porque tudo isto veio complicar as listas de espera normais dos hospitais, que já não eram curtas e que vão duplicar ou triplicar... “

(Lúcia, 40, ARS Norte, Grupo II);

- como também pela expectativa de uma nova crise económica resultante do excesso de gastos dos hospitais, que resultaria num período idêntico ao dos condicionalismos da Troika que, inevitavelmente se lhe adivinha um retrocesso tecnológico:

“A situação em termos de trabalho vai agravar e não sei se teremos que voltar a algumas restrições, em termos de tratamento de doente, que ocorreram no passado. Portanto até ao final deste ano eu não prevejo melhorias na nossa... no nosso desempenho... como profissionais do hospital. Listas de espera, consultas, atendimento aos doentes da urgência, a qualquer momento estamos sujeitos a parar tudo outra vez.” (Priscila, 42, ARS Centro, Grupo II)

Conclusões

Nesta nova realidade hospitalar assiste-se a uma alteração de papéis dos próprios profissionais que deixam de executar as suas tarefas, nos seus horários e com rotinas para executar ordens on demand, de acordo com os perfis das diretrizes superiores que vão mudando conforme o panorama do crescimento do número de infeções.

Os trajetos alteram-se porque os serviços e as funções se alteram: os doentes que antes circulavam mais ou menos livremente pelos corredores dos hospitais em direção aos serviços agendados, são agora escrutinados através de termómetros de medição de temperatura; o acesso ao bloco adquiriu elevadores próprios para doentes COVID e não COVID; o chão dos corredores, apresenta setas a vermelho para definir cada um dos caminhos; o bloco central passou a funcionar com uma sala de emergência e uma sala exclusivas para doentes COVID com equipamento restrito; os médicos passam a operar com equipamentos de proteção pesados (quando os há), que os cobrem do cabelo aos pés, os fazem transpirar e duvidar do seu próprio raciocínio ao fim de duas horas de cirurgia.

Os cirurgiões não querem pensar em que se lhes atribua *in extremis* o papel decisório da atribuição de um único ventilador disponível a mais do que um doente em necessidade... mas ao confrontar-se com tal cenário hipotético, não se desvinculam do ser humano que há em si e da emoção que os caracteriza. Se antes o doente era objeto do trabalho do cirurgião, um ser humano e debilitado a consultar, a palpar e a operar, o objeto do seu tão extenso estudo e do seu objetivo de curar e salvar vidas, agora tornou-se um artefacto de medo: um possível condutor de um vírus que o pode debilitar ou matar...a si e aos seus. Há uma realidade abalada nesta nova ordem que substituiu a durante tanto tempo negociada, por algo que não teve tempo de renegociar-se com lógica e organização.

Neste sentido, o estudo afere que a escassez de material teve um impacto direto e profundo na atividade dos cirurgiões gerais e no seu discernimento ético. Os recursos humanos foram reorganizados em novas estratégias, resultando numa nova divisão do trabalho. As limitações verificadas impactaram fortemente nas boas práticas destes médicos. O adiamento das cirurgias influenciou negativamente um atraso nas listas de espera e uma resposta tardia ao tratamento dos doentes cirúrgicos, retirando condições que assegurassem um melhor tratamento para um maior número de doentes. As próprias *leges artis* foram alteradas para se adaptarem a uma nova realidade. Os trabalhadores do setor público sentiram que as suas instituições estavam melhor preparadas para lidar com a situação de calamidade, mas os dos hospitais privados descrevem a mesma sensação em relação às instituições em que trabalham.

Não obstante, há unanimidade que os públicos são os mais penalizados. O medo, a insegurança e a sensação de desproteção afetaram o ânimo e o trabalho dos cirurgiões e das cirurgiãs gerais, tal como o ônus do afastamento (ainda que temporário) dos seus entes queridos. Quanto ao futuro mais próximo, uma sombra de obscuridade e de incerteza ocupou as mentes destes médicos, mesmo no período final do estudo, em que já se haviam aliviado restrições e reiniciado a atividade cirúrgica, indiciando que, tal como quando vão para uma cirurgia de um doente cujo diagnóstico não foi conclusivo, com a COVID também não se sabe como irão acabar.

Agradecimentos

Expresso os meus agradecimentos ao meu mentor e orientador de tese de doutoramento, Professor Doutor Daniel Seabra Lopes, pelo intenso trabalho e apoio que me tem dedicado nos últimos anos; ao SOCIUS e à FCT, pelos apoios económicos concedidos.

Nota Final

Por decisão pessoal, a autora escreve segundo o novo acordo ortográfico.

Referências bibliográficas

- Adams, J.G., Walls, R.M. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, 323 (15), 1439-1440.
- Antunes, R., Correia, T. (2009). Sociologia da Saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 61, 101-125.
- Areosa, J., Carapinheiro, G. (2008). Quando a Imagem é a Profissão – Profissões de Imagiologia em Contexto Hospitalar. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, 83-108.
- Campos, A.C. (1984). Os Hospitais no Sistema de Saúde Português. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (divulgado por ocasião da visita de estudo da Federação Internacional dos Hospitais).
- Carapinheiro, G. (1986). A Saúde no Contexto da Sociologia. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1, 10-22.
- Carapinheiro, G., Pinto, M. (1987). Políticas de Saúde num País em Mudança: Portugal nos anos 70 e 80. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 3, 73-109.
- Carapinheiro, G. (1991). Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 33, 83-91.
- Carapinheiro, G. (1993). Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, G. (2010). Equidade, Cidadania e Saúde: Apontamentos para uma Reflexão Sociológica. *Alicerces*, vol. III, 3, 57-64.
- Carapinheiro, G. (2011b), Investigação e Regulação Ética: controvérsias e paridades periciais. *Sociologia on Line*, Revista da Associação Portuguesa de Sociologia, 3 (temático: Encontro Nacional de Sociologia da Saúde: Práticas em Debate).
- Carapinheiro, G. (2014). Os Desafios dos Saberes na Investigação em Saúde. *Forum Sociológico*, Série II, 24, 13-18.
- Coccolini F, Perrone G, Chiarugi M, Di Marzo F, Ansaloni L, Scandroglio I, Marini P, Zago M, De Paolis P, Forfori F, Agresta F, Puzziello A, D'Ugo D, Bignami E, Bellini V, Vitali P, Petrini F, Pifferi B, Corradi F, Tarasconi A, Pattonieri V, Bonati E, Tritapepe L, Agnoletti V, Corbella D, Sartelli M, Catena F. (2020). Surgery in COVID-19 patients: operational directives. *World Journal Emergency Surgery*, 15(1), 25.

- Correia, T. (2013). A Individualização do Direito à Saúde: Contributos a Partir de um Olhar Analítico. *Saúde & Tecnologia*, suplemento, e52-e56.
- Daya, A.T., Sherb, D., Leea, R., Truelsona, J.M., Myersa, L., Sumera, B., Stankovaa, L., Tilmana, B.N., Hughesc, R., Khanc, S., Gordina, E.A. (2020). Head and Neck Oncology During the COVID-19 Pandemic: Reconsidering Traditional Treatment Paradigms in Light of New Surgical and Other Multilevel Risks. *Oral Oncology*, 105.
- Emanuel, E., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Coyle, C., Smith, M., Phillips, J., (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *The New England Journal Of Medicine*, 382, 2049-2055.
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. Nova Iorque: Atherton Press.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Goffman, E. (1961). *Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin Books.
- Goss, M. (1963). “Patterns of Bureaucracy among Hospital Physicians”, em Elliot Freidson (org), *The Hospital in Modern Society*. Nova Iorque: The Free Press.
- Guerci, C., Maffioli, A., Bonduri A., Ferrario, L., Lazzarin, F., Danelli, P. (2020). COVID-19: How Can a Department of General Surgery Survive in a Pandemic?. *Surgery*, 167 (6), 909-911.
- Jamra, C.C.A., Cecílio, L.C.O., Correia, T. (2016). Os Médicos e a Racionalização das Práticas Hospitalares: Novos Limites para a Liberdade Profissional? *Saúde Debate*, 40, 108, 86-94.
- Livingston, E., Desai, A., Berkwits, M. (2020). Sourcing Personal Protective Equipment During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, nº 323 (19), pp. 1912-1914. Doi:10.1001/jama.2020.5317
- Maurizi, G., Rendina, E.A. (2020) A High Volume Thoracic Surgery Division into the Storm of the COVID-19 Pandemic. *The Annals of Thoracic Surgery*, 110 (2), 353-354

- Neupane, H., Tamang, T., Angadi, S., Shrestha, N., Dangal, G. (2020). COVID-19: Ramifications in Surgical Practice. *Journal of Patan Academy of Health Sciences*, 7 (1), 73-76.
- Nunes, E.D. (2014). A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajetória. *Ciências &Saúde Coletiva*, 19 (4), 1007-1018.
- Oliveira, L., Binotto, E., Martins, L., Volpato, L. (2018). *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 7, (2), 129-142.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21 (3), 452-460.
- Ranney, M.L., Griffeth, V., Jha, A.K.. Critical Supply Shortages - The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 382(18), e41.
- Rosenbaum L. (2020). Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *The New England Journal of Medicine*, 382(20), 1873-1875.
- Serapioni, Mauro (2012), "Pluralidade metodológica e interdisciplinaridade na pesquisa em serviços de saúde", *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 589-592
- Serapioni, M. (2017). Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (9), 1-13.
- Serra, H. (2007). Da construção e reprodução do conhecimento e discurso médicos. Para uma etnografia da transplantação hepática. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 79, 113-131.
- Serra, H. (2008). *Médicos e Poder - Transplantação Hepática e Tecnoocracias*. Coimbra: Edições Almedina.
- Shanafelt, T., Ripp, J., Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323 (21), 2133-2134.
- Spinelli, A., Pellino, G. (2020). COVID-19 Pandemic: Perspectives on an Unfolding Crisis. *British Journal Surgery*, 107 (7), 785-787.
- Stahel, P.F. (2020) How to Risk-Stratify Elective Surgery During the COVID-19 Pandemic?. *Patient Safety Surgery* 14 (8) .
- Strauss, A.L., Maines, D.R. (1993). *Continual Permutations of Action*. New York: Routledge.

- Tavares, D. (2019). *Introdução à Sociologia*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Timmermans, S. (2013). Seven Warrants for Qualitative Health Sociology. *Social Science Medicine*, 77, 1-8.
- Vlessides, M. (2020). Shortages of PPE Continue as Workarounds Are Found. *General Surgery News*. Disponível em:
<https://www.generalsurgerynews.com/Article/PrintArticle?articleID=58038>
- Wu, H., Huangc, J., Zhangd, C., Heb, Z., Minga, W. (2020). Facemask Shortage and the Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: Reflections on Public Health Measures. *EClinicalMedicine*, 21. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129293/>

Webografia

- American College of Surgeons. Disponível em: <https://www.facs.org/>
- Centers for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov>
- COVID-19 Health Response Monitor. Disponível em:
<https://www.covid19healthsystem.org>
- Direção Geral de Saúde (2020). Norma n.º 14/2020, de 14/07 – “Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2: Blocos Operatórios e Procedimentos Cirúrgicos”). Disponível em:
<https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/07/i026473.pdf>
- Guidelines During COVID-19: Preserving Health and Safety of Surgical Teams. Disponível em: *General Surgery news*. Disponível em:
<https://www.generalsurgerynews.com/Article/PrintArticle?articleID=58318>
- OECD (2020). Tackling Coronavirus (Covid-199). Contributiong to a Global Effort. Beyond Containment: Health Systems responses to Covid-19 in the OeCD. Disponível em: <https://www.oecd.org/coronavirus/en/>
- Ordem dos Médicos. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/colégio-da-especialidade-de-cirurgia-geral/>
- Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva. Disponível em: http://www.siaarti.it/News/Comunicato_SIAARTI_covid-19.aspx

A escassez de recursos durante a 1ª onda SARS-COV2 e o adiamento da cirurgia eletiva durante o confinamento: a tomada de decisão dos cirurgiões gerais

The Hastings Center – Ethics Research Institute. Disponível em:

<https://www.thehastingscenter.org/>

Tribunal de Contas Proc. 04/2020 do Tribunal de Contas, outubro 2020). Disponível

em: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/Pages/homepage.as>

Worldometer. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>