

Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental

CLÁUDIA CONCEIÇÃO*, INÊS FRONTEIRA**, FÁTIMA HIPÓLITO***, WIM VAN LERBERGHE****, PAULO FERRINHO*****

RESUMO

Em 1996 surgiu, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o «Projecto Alfa». Visava estimular soluções organizativas, a partir da iniciativa dos profissionais, que aproveitassem melhor a capacidade e os meios existentes nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, permitindo argumentar, a partir daí, a captação de mais recursos para o sistema, de acordo com as necessidades existentes. Na sequência das avaliações dos grupos Alfa surgiu o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Clínica Geral (Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio) ao mesmo tempo que se faziam esforços por alargar esta reflexão a outras profissões da saúde.

Objectivos: Este estudo procura identificar as razões que levaram os grupos Alfa a aderir, ou não, ao Regime Remuneratório Experimental dos médicos de clínica geral, descrever o trajecto de cada grupo e recolher os respectivos testemunhos sobre o que consideram lições aprendidas com todo o processo de constituição, funcionamento e evolução do grupo.

População e Métodos: Foram solicitadas entrevistas à pessoa de contacto ou a alguém por ela indicado, dos 13 grupos em estudo. Houve três recusas em participar no estudo.

O principal instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada. Foi feita análise de conteúdo das entrevistas transcritas.

Resultados: Dos 10 grupos entrevistados, quatro haviam aderido ao RRE, cinco não aderiram e um dissolveu-se antes do aparecimento do RRE. As razões apresentadas para não adesão ao RRE incluem o facto do RRE não contemplar todos os profissionais da equipa, quer por não serem todos médicos, quer por alguns médicos não terem vínculo à função pública, não cumprindo o requisito necessário de estar integrado na carreira médica de clínica geral. Outra das razões apontadas foi o facto de, feitas as contas, o vencimento não ser muito diferente. A falta de pessoal foi referida como um dos motivos para não se ter avançado para o regime organizacional proposto pelo RRE. Também foi referido algum receio de acréscimo de trabalho administrativo.

A evolução para RRE pareceu natural aos quatro grupos Alfa que aderiram a este novo regime, permitindo dar cobertura legal a experiências existentes. A inovação na forma de remuneração, associada ao desempenho, na Administração Pública, foi valorizada, assim como a expectativa de ver o seu trabalho avaliado e provavelmente reconhecido. A expectativa sobre o aumento de autonomia também foi referida.

Conclusões: Trata-se de um trabalho com carácter eminentemente qualitativo e descritivo. Os projectos Alfa constituíram uma novidade na organização e gestão de cuidados de saúde familiares com base na iniciativa de quem conhece as especificidades locais. A história dos grupos Alfa, aqui apresentada, mostra que existem oportunidades de inovação, com bons resultados, que não dependem de instrumentos legislativos.

Pelo menos para um segmento de profissionais, o desenvolvimento, no sector público, de sistemas de «discriminação positiva» ou de «incentivos» é desejado. No entanto, estes sistemas terão de envolver todos os profissionais do grupo e evoluir, eventualmente, para componentes remuneratórias individuais e de grupo. O facto de este segmento de profissionais parecer um grupo com uma capacidade de iniciativa, de inovação, de resolução de problemas e dedicação elevados chama a atenção para a necessidade de desenvolver sistemas de avaliação, contrapartidas ao esforço desenvolvido e reconhecimento, sob pena de se perder a iniciativa destes profissionais para o desenvolvimento do sistema público de prestação de cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Médico de Família, Organização e Administração, Reforma do Sistema de Saúde, Motivação, Satisfação Profissional, Remuneração.

INTRODUÇÃO

Em 1996 surgiu, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o «Projecto Alfa». Visava estimular soluções organizativas, a partir da iniciativa dos profissionais, que aproveitassem melhor a capacidade e meios instalados nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, permitindo argumentar, a partir daí, a captação de mais recursos para o sistema, de acordo com as necessidades existentes¹.

O «Projecto Alfa» surgiu numa altura em que a escalada de custos com a saúde mantinha o Ministério da Saúde e o Governo receptivos a sugestões de alteração no SNS que aumentassem a sua eficiência. Outros factores que foram vistos como oportunidades para este projecto foram a insatisfação dos utentes com o sistema de saúde, a insatisfação dos profissionais especialmente ao nível dos centros de saúde, a desadequação e vícios dos processos de administração pública que tornavam urgente a inovação².

O projecto assentava em dois princípios fundamentais, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, e pressupunha a constituição de uma equipa multiprofissional, um compromisso (projecto) escrito de acção, com objectivos concretos, aceite livremente pela equipa proponente e acordado com a administração e condições de insta-

lação e equipamento adequadas à prossecução do projecto¹.

O «Projecto Alfa», segundo a análise realizada pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, contribuiria para melhorar a saúde e o bem-estar da população, assim como a qualidade dos cuidados com o correspondente decréscimo no número de erros e de duplicações, levando a uma maior efectividade e diminuição dos custos. Por outro lado, iria contribuir para aumentar a satisfação e a motivação dos profissionais envolvidos. A diminuição da carga burocrática, a melhoria da coordenação entre cuidados primários e as outras actividades directamente com eles relacionadas, a discriminação positiva dos médicos de família em relação à quantidade, qualidade e aos resultados obtidos com o seu trabalho, a maior autonomia profissional, o aumento da responsabilização de cada médico, grupo de médicos e equipa e a abertura a todos os centros de saúde que quisessem participar, foram considerados factores positivos do projecto².

No entanto, ao «Projecto Alfa» eram reconhecidas também fraquezas, que importava evitar ou minorar, das quais se salientam a criação de desigualdades nos utentes entre as zonas do projecto e outras, deslocação dos profissionais mais motivados e interessados para fora das instalações originais dos centros de saúde, necessidade de investimentos iniciais e de um esforço de informação para evitar ou corrigir mal-entendidos e «boatos».

Foram consideradas também diversas ameaças ao sucesso do projecto: a má interpretação e distorção dos objectivos do projecto, forma de o realizar e resultados previsíveis por parte dos órgãos de comunicação social, o sentimento de ameaça que podia ser sentido pelos médicos mais instalados, os directores dos centros de saúde que teriam de coexistir com um grupo com

*Médica, investigadora, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO);

**Enfermeira, investigadora, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO);

***Socióloga, investigadora, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO);

****Médico, investigador, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta e Professor, Organização Mundial de Saúde, Genebra;

***** Médico, investigador, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO), Centro de Malária e de Outras Doenças Tropicais (CMDT) e Professor, Instituto de Higiene e Medicina Tropical e Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

mais autonomia e que escapava ao seu controlo próximo, o lançamento de boatos por parte dos detractores do projecto e o receio de o projecto exigir controlo/avaliação externa do desempenho profissional, que a administração pública da saúde podia não ser capaz de acomodar.

Ao desafio do «Projecto Alfa» corresponderam cerca de 30 grupos. Nem todos os grupos apresentaram projectos consistentes ou realizáveis. No entanto, na maioria dos casos (21 grupos), foi possível iniciar a preparação das condições para a sua implementação¹.

As avaliações destas experiências, nos primeiros nove grupos, identificaram melhoria da oferta de cuidados, designadamente aumento dos cuidados médicos e de enfermagem no domicílio^{1,3}. Outros estudos mostraram melhoria de acessibilidade e melhoria da satisfação de utentes e profissionais dos grupos Alfa^{4,5,6}.

Estas experiências e as suas avaliações permitiram argumentar e justificar a necessidade de novos modelos remuneratórios para os profissionais de saúde³. A resposta dos profissionais de saúde às possibilidades de se organizarem de forma diferente, com melhoria para os cuidados de saúde mas seguramente com acréscimo de trabalho e responsabilidades, levou ao agravamento da discriminação negativa já existente – os que melhor trabalham são penalizados dado que a maior oferta e melhoria dos cuidados leva ao aumento da procura sem repercussões na atribuição de contrapartidas, nomeadamente remuneratórias. Na sequência das avaliações mencionadas surgiu o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Clínica Geral (Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio) ao mesmo tempo que se faziam esforços por alargar esta reflexão a outras profissões da saúde.

O RRE aplica o princípio de que o pagamento aos profissionais deve estar

associado, pelo menos em parte, à quantidade e qualidade do desempenho. Para se candidatarem, os médicos (da carreira médica de clínica geral com grau de assistente ou consultor) teriam que: organizar-se num grupo de trabalho que incluísse médicos (mínimo de três), enfermeiros e administrativos; acordar entre si intersubstituição de forma que a assistência à população fosse garantida no próprio dia para assuntos urgentes e pelo menos das 8 às 20 nos dias úteis; acordar com a administração um programa anual de acção; receber como contrapartida da administração condições de trabalho para prosseguir o programa acordado. A existência de um sistema de informação que permitisse monitorizar as actividades acordadas e ainda todas as condições necessárias para a aplicação do novo modelo de remuneração seria também um requisito para a viabilização de uma candidatura. O sistema de pagamento seria misto com um componente salarial, uma parte por capitação ponderada e pagamento ao acto para algumas tarefas especificadas. A pré-candidatura seria uma declaração de interesse de um grupo de médicos para desenvolver, com a administração, os esforços necessários à apresentação de uma candidatura. A negociação e a aceitação de candidaturas seriam feitas ao nível das Administrações Regionais de Saúde.

A evolução natural dos grupos a funcionar no âmbito do «Projecto Alfa» poderia ser o enquadramento numa nova forma de organização dos centros de saúde, prevista no Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio, «Centros de Saúde de terceira geração», e seria de esperar que fossem os primeiros a candidatarem-se ao RRE, dado que as condições prévias de constituição de grupos de trabalho bem definidos, com um projecto de acção, negociado com a administração, já estariam criadas e em funcionamento.

Foram feitos diversos estudos sobre o «Projecto Alfa»^{3,4,5,6}, não tendo nenhum deles explorado a relação entre o Projecto Alfa e os grupos RRE.

Este estudo procura identificar as razões que levaram os grupos Alfa a aderir, ou não, ao RRE, considerando como adesão a apresentação de pré-candidaturas, descrever o trajecto de cada grupo e recolher os respectivos testemunhos sobre o que consideram lições aprendidas com todo o processo de constituição, funcionamento e evolução do grupo.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A população do estudo é composta pelos 21 grupos referenciados num documento da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo de 13 de Junho de 1997⁷. Destes, foram excluídos, à partida, quatro grupos por, no mesmo documento, vir indicado que não teria avançado o «Projecto Alfa». Foram solicitadas entrevistas à pessoa de contacto do grupo em estudo ou alguém por ela indicado. Ao realizar os contactos com os restantes 17 grupos constatou-se que quatro também não chegaram a concretizar o projecto e a funcionar como «grupos Alfa». Solicitaram-se, então, 13 entrevistas e houve três recusas em participar no estudo. Foi garantida a confidencialidade sobre a identidade dos respondentes e respectivos grupos.

O principal instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada. Foi pedido aos entrevistados que descrevessem a história do grupo, as razões da sua formação, as dificuldades encontradas ao longo da vida do grupo e a forma de as ultrapassar, as razões para a apresentação de candidaturas, ou não, ao RRE, e as lições aprendidas nestes processos que, na opinião dos entrevistados, poderiam ser úteis para a organização do traba-

lho nos centros de saúde.

As entrevistas foram realizadas entre Novembro de 2000 e Março de 2001 por dois investigadores, e gravadas após obtenção de autorização por parte do entrevistado (o que se verificou para todos os casos).

As entrevistas foram desgravadas por um dos autores e analisadas quanto ao seu conteúdo. A análise foi feita desestruturando o texto das entrevistas nas seguintes categorias: a) como e quando se formou o grupo Alfa, b) motivos apontados pelos profissionais para adesão ao projecto Alfa, c) recursos que foram disponibilizados para avançar com o grupo Alfa, d) dificuldades encontradas na formalização e funcionamento do grupo Alfa, e) como foram ultrapassadas as dificuldades encontradas na formalização e funcionamento do grupo Alfa, f) motivos que levaram à não adesão ao RRE, g) motivos que levaram à adesão ao RRE, h) lições aprendidas com os Alfa e/ou com o RRE. A afectação de excertos de texto a cada uma das categorias foi realizada por um dos investigadores e a interpretação subsequente foi realizada por todos os autores.

RESULTADOS

Constituição dos grupos Alfa

Os grupos Alfa começaram a formar-se em 1996. As histórias da formação dos grupos, assim como os motivos apontados pelos entrevistados para a adesão ao «Projecto Alfa», são muito idênticas. Todos ficaram a saber do projecto pelos documentos da Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo ou por colegas. A iniciativa de avançar com o respectivo projecto coube aos médicos e todos os grupos cumpriram os requisitos fundamentais para poderem ser um «grupo Alfa».

A adesão dos profissionais ao «Projecto Alfa» parece muito ligada à vontade

de participação na resolução das dificuldades verificadas no cumprimento dos objectivos dos centros de saúde e ao entendimento do que é o trabalho da Medicina Geral e Familiar.

RAZÕES PARA A ADESÃO AO PROJECTO ALFA (QUADRO I)

O «Projecto Alfa» representou uma oportunidade de organizar o trabalho de forma diferente, com mais autonomia, e de melhorar a satisfação profissional e dos utentes: «(...) éramos um grupo variado de médicos que pensámos fazer de maneira diferente, acabar com... Como é que hei-de dizer? Aquela parte do mesmo ramerrão do dia-a-dia e pensámos, como nos davam oportunidade de mudar, organizámo-nos de maneira diferente. (...) começamos a pensar nisso e depois juntámo-nos», «(...) estávamos com um problema que era a falta de cobertura da população, tínhamos muitos utentes sem médico, não estávamos a dar resposta a estas situações fazendo consultas para utentes sem médico... Portanto havia uns médicos que iam para saúde materna, outros para saúde infantil, outros para saúde de adultos mas era tudo assim um pouquinho aos bocados. Como nós estávamos preocupados e descontentes com o tipo de prestação de cuidados

que dávamos, ao fim e ao cabo, à população pela qual éramos responsáveis...»

O «Projecto Alfa» também permitiria a quem estava «no terreno» resolver os «problemas do terreno» e ultrapassar «(...) uma certa insatisfação com os obstáculos que nos eram criados sistematicamente, quer em termos de horários, quer em termos de tipo de cuidados prestados, havia uma certa rigidez, enfim, que não permitia que nós trabalhássemos de acordo com as necessidades do sítio onde estávamos».

O «Projecto Alfa» permitiu também concretizar sonhos relativamente à prática da medicina geral e familiar: «estávamos muito entusiasmados e porque achámos que era, digamos, um bocado o perfil da clínica geral, a motivação da clínica geral e que isto iria funcionar, digamos, de uma maneira mais moderna, mais, como se diz? Mais interactiva, com mais meios, e também, um bocado com mais espírito de equipa, até porque anunciava que ia haver uma equipa com enfermeiras, administrativo, que os colegas se intersubstituíam entre si e, digamos, que ia funcionar um bocado como as coisas funcionam na privada, portanto, digamos, na... quando as pessoas se querem associar e se dão bem e portanto, perder em parte o aspecto, digamos, de funcionário público no mau sentido da palavra e da burocratização e dessas coisas todas e ter mais um espírito, digamos, médico e humanístico».

Para um dos grupos entrevistados a adesão ao «Projecto Alfa» foi uma evolução fácil face à situação em que já se encontravam: «A iniciativa já era, já tinha sido nossa, portanto, foi relativamente fácil. Achámos que se encaixava muito bem no nosso grupo trabalhar-mos em «Alfa». Com intersubstituição. Já tínhamos secretariados individualizados, estávamos a trabalhar já em células com dois ou três médicos, com um secretariado próprio e com uma enfermeira por célula e, portanto, isto foi

QUADRO I

RAZÕES PARA ADESÃO AO PROJECTO ALFA

- Oportunidade de organizar o trabalho de forma diferente, mais autónoma;
- Melhorar a satisfação dos utentes;
- Melhorar a satisfação profissional;
- Melhorar a acessibilidade;
- Oportunidade de resolver o problema dos utentes sem médico de família;
- Oportunidade de, conhecendo «o terreno», organizar respostas específicas para necessidades locais;
- Mais meios de trabalho;
- Trabalho em equipa.

tudo muito fácil de implementar aqui».

RECURSOS

Para avançar com os grupos Alfa foi necessário disponibilizar alguns recursos, que foram negociados com a Administração Regional de Saúde e de onde resultou um compromisso escrito: «Nós pedimos tudo isso (compromissos escritos e assinados) para não andarmos, também, às cegas, não é? Isso estava tudo escrito, estava tudo assinado...».

As cedências e as exigências aconteceram de parte a parte: o aumento e a possibilidade de escolha da equipa, a informatização, as novas instalações, a possibilidade de fazer investigação e formação foram «trocados» por um programa de trabalho onde foi frequente haver aumento do número de utentes inscritos em listas dos médicos de família participantes e em horas de atendimento. As condições de instalação foram uma condição imposta por seis dos grupos entrevistados: «Para nós era condição imposta (instalações novas), era básica. Porque o centro de saúde estava degradado já, mas independentemente disso, havia muitos reflexos condicionados: dos médicos que lá trabalhavam há dezasseis anos, trabalhavam imenso, dos doentes que eram tratados lá há não sei quantos anos e que se sentiam, eventualmente, mal tratados porque eram muitos e muito poucos médicos e nós tentámos, quer dizer... se nos vamos meter no mesmo buraco... Vamos mudar o quê? (...) à entrada a postura das pessoas vai ser igual. Portanto, pelo menos o espaço físico é condição absoluta». Todos os grupos exigiram o aumento do pessoal, quer médico, quer de enfermagem, quer administrativo. Houve até dois casos em que os médicos se juntaram, vindos de diferentes centros de saúde ou extensões, escolheram os profissionais de enfermagem e os administrativos e «abriram» uma extensão de um centro de saúde: «Primeiro arranjámos os médi-

cos. Nós estávamos num centro, numa extensão de centro de saúde que era X e convidámos todos os médicos, todos os médicos, vá lá, não foram todos, mas foi a maior parte dos que estavam lá a trabalhar. Uns quiseram, outros não quiseram. E depois ainda fomos buscar mais um, um colega que estava em X que é outra extensão do centro de saúde. Depois, na parte administrativa, também convidámos as pessoas que queriam vir e os enfermeiros a mesma coisa.»

«O outro nosso grande investimento foi em relação à parte informática. Achámos que seria muito, muito importante dotar a extensão de saúde (porque já se falava nisto a nível central) de um sistema em rede, de um sistema informático em rede (...) E, portanto, aquilo que a gente queria era que, de facto, que o utente pudesse marcar a sua consulta, eu pudesse marcar, a enfermeira se me quisesse marcar uma criança ir até à agenda e verificar... Quer dizer, não tínhamos que andar de agendas uns atrás dos outros (...) Tínhamos mais outras coisas, nomeadamente a ligação à *Internet* mas, enfim, nada disso se concretizou. (...) Em termos informáticos o que se concretizou foi um monitor e uma impressora em cada gabinete médico e de enfermagem sem a ligação em rede».

Funcionamento dos grupos Alfa

Os profissionais aumentaram as suas listas de utentes, alargaram o «horário de atendimento de maneira a cobrir» a «população que estava em descoberto», criaram-se horários de atendimento em horário pós-laboral e consultas para atendimento de situações urgentes no próprio dia dos utentes sob responsabilidade do grupo: «Quando nós reorganizámos a nossa maneira de trabalhar, nós começámos a estar abertos até às 10 da noite e todas as situações que eram consideradas urgentes (...) nós passámos a atender aqui e reorganizá-

mos o serviço de maneira a garantir o atendimento de todos os nossos utentes».

DIFICULDADES

Porém, a concretização de cada projecto cedo deparou com diversos obstáculos e dificuldades, expressas pelos entrevistados como cansaço na luta contra a inércia e o legalismo burocrático da administração pública: «Esta foi sempre a nossa luta ao longo destes anos todos: a legalidade a impedir o progresso, a legalidade a impedir que as coisas se façam (...) e ainda acontece hoje». Esta «legalidade» traduzia-se, por exemplo, na dificuldade em realizar a compra atempada do material ou nas contratações de pessoal: «No primeiro ano... primeiro que nós conseguíssemos pôr o circuito a funcionar automaticamente: não há vacinas encomendam-se, mandam-se vir e estão cá no dia certo». «Em termos de pessoal, aí barrámos com aquelas burocracias todas dos concursos: ser ilegal colocar aquilo, ser ilegal colocar assado, e ser... Foram coisas que nos fizeram alguma impressão porque não... para já eu não fazia ideia da complicação, da burocracia que bloqueia qualquer ideia luminosa e não sei como é que acontece ainda qualquer coisa neste país porque, de facto, os obstáculos são..., removem rapidamente qualquer pessoa entusiasmada de fazer qualquer coisa. (...) Portanto são sempre situações umas em cima das outras que desmobilizam tudo, que desacreditam tudo, que impedem tudo.»

Estas percepções reflectem-se também em diferentes interpretações dos ganhos em autonomia: «Portanto pensou-se que esta coisa, que esta autonomia, enfim, com que nos iludiram relativamente aos projectos Alfa teria, teria alguma coisa de verdade e não tem nenhuma, não tem nenhuma verdade. É uma autonomia fictícia, enfim, ilusória, completamente ilusória. (...) E o exem-

plo que lhe dou é, nomeadamente, a autonomia em resolver pequenos problemas dentro da extensão de saúde (...) que tenham implicações económicas e que (...) não é possível fazer. São coisas que têm de ter autorização, e parece que ao longo dos anos as coisas se têm tornado mais complicadas porque antes a gente podia ir à farmácia comprar um medicamento que tivesse faltado aqui (...) Mas, pronto, são coisas que nos ultrapassam. São coisas que, de facto, nos ultrapassam. Nos ultrapassam, mas depois prejudicam o trabalho do dia-a-dia», «Olhe, eu acho que isso é um problema que era importante estes grupos, estes projectos Alfa, terem delegações de competência. O coordenador tem delegação de competência mas é uma delegação de competência um bocado..., é pouco abrangente, é muito restritiva, eu sei lá, é... Eu, por exemplo, posso assinar, ou podia assinar uma autorização para fazer fisioterapia, por exemplo, posso assinar se um funcionário precisar de ir com um carro próprio, dentro desta zona, posso assinar a deslocação, mas, por exemplo, se eu quiser mandar, mandar as horas, o pedido de horas extraordinárias para X que é a nossa sede, tem que passar pela directora. É... Não há assim grande margem de manobra», «(...) a nível de concursos internos (...) está tudo centralizado na Administração Regional de Saúde que por sua vez também tem limitações que derivam da lei geral da administração pública».

O isolamento em relação a outros profissionais de saúde, e a outros centros de saúde, a maneira diferente de trabalhar, foi outra das dificuldades encontradas: «E a partir daí (início do funcionamento) começámos a sentir-nos num gueto. (...) Até mais do que um gueto. (...) Nós éramos diferentes, nós éramos especiais, nós éramos não sei o quê, quando ainda por cima, estávamos atafalhados de problemas até às orelhas».

Também referidas foram as dificuldades com a escassez de recursos humanos, o que podia representar sobrecarga de trabalho para o grupo com as faltas imprevistas de alguns elementos. Num caso, isto levou mesmo à interrupção temporária do serviço que era oferecido: «como toda a nossa organização se baseou no número restrito de pessoas que tínhamos, quando alguém falha um dia ou dois, não é problemático, obviamente. Mas quando as pessoas estão ausentes por mais de 2, 3, 4, 5, 6 meses... Ah... o esforço que fazemos para que nada transpareça para as pessoas é, como deve calcular, desastroso. E então quando chega o Verão, em que as pessoas têm direito a pôr as suas férias (...) estamos fartos de repensar o que é podemos fazer. Quer dizer, houve uma altura de ruptura, houve uma altura de ruptura. Tivemos uma colega nossa que foi embora, ao mesmo tempo tivemos um colega com uma doença prolongada, também, e passaram-se vários meses...». Também o aumento do volume de trabalho com a manutenção da mesma equipa: «E como esta população aqui e noutros sítios continua a crescer desmesuradamente, nós continuamos a sofrer desse problema que é um desequilíbrio crescente entre os utentes, que continuam a somar, e os profissionais que são os mesmos, ou menos e, portanto, nesse aspecto estamos com um sufoco enorme».

O desajuste entre o aumento de trabalho e as contrapartidas foi ressentido: «Muitas (dificuldades). Muitas porque uma das coisas foi, exactamente, as pessoas começarem a despender, a despender muito mais horas e sem nenhuma contrapartida. (...) Trabalhavam mais, faziam mais estatísticas, faziam mais coisas. Portanto, como era uma fase inicial faziam projectos, faziam relatórios, faziam reuniões e tudo isso foi feito, pelo menos no meu grupo... E depois começámos a ver que, afinal era exactamente a mesma coisa

do que os outros que não faziam nada, não é? E isso, claro que cria uma grande desmotivação, não é?» «Portanto era exactamente igual, fazermos isto ou virmos cá, trabalharmos quatro horas e ir embora e nem sequer ter a disponibilidade para os doentes (...)».

Todas estas situações, juntamente com o não alcance de expectativas iniciais, foram criando um grande desgaste nos profissionais: «Por mim havia uma grande motivação. Mas mesmo nos outros médicos também havia bastante motivação. Só que, depois, as pessoas quando vêem que é exactamente igual trabalhar de uma maneira ou de outra começam-se a cansar, não é? E depois há uma desmotivação» e até uma sensação de abandono: «Depois tudo, como sabe, tudo isso ficou um bocadinho estagnado, sei lá, eu penso que os grupos Alfa foi uma opção política e depois foi um bocadinho abandonado quando a política mudou, o que é muito vulgar».

FORMAS DE ULTRAPASSAR AS DIFICULDADES

Os nove grupos entrevistados que se mantinham em funcionamento à data da realização da entrevista enumeraram várias iniciativas para enfrentar as dificuldades e os incentivos para prosseguir. Para apoio à formalização do projecto «foi-se criando um grupo de apoio na associação (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral) mas já foi numa fase tardia». Também a Administração Regional de Saúde «foi elaborando alguns documentos que serviam de suporte mas foi uma coisa que se foi fazendo à medida que as coisas iam aparecendo e as experiências iam correndo no terreno». Os constrangimentos interpessoais foram resolvidos dentro dos grupos: «Em termos de relações interpessoais, era sempre tudo resolvido dentro do grupo, pronto». Foi referido o apoio «das chefias em relação a nos dar o incentivo e a nos dar aquilo que nós realmente precisamos. Se

formos dizer «conseguimos tudo» é óbvio que a gente nunca consegue tudo (...) as dificuldades foram sendo ultrapassadas».

Ao ultrapassar as dificuldades algumas das expectativas concretizaram-se e convenceram outros: «Acho que elas (as dificuldades) tiveram mesmo de ser ultrapassadas e, apesar de haver pessoas que não estavam tão motivadas para o «Projecto Alfa», acho que depois, com o funcionamento, criou-se um ambiente de trabalho muito coeso que faz com que neste momento essas pessoas não queiram sair. Portanto, conseguimos formar uma equipa mesmo de trabalho e neste momento estamos todos no mesmo barco». As substituições não foram problema para alguns: «Quer dizer, de uma maneira geral tem corrido tudo bem, não temos tido grandes problemas em nos substituímos uns aos outros». E para alguns também não houve muitas dificuldades: «Foi só uma questão de adaptação. (...) Houve às vezes mais adaptações que tiveram que ser feitas, mas não houve assim uma dificuldade por aí além.»

Se é verdade que em nove dos grupos entrevistados as dificuldades foram sendo ultrapassadas, um houve que sucumbiu: «Em termos de funcionamento, enquanto durou não houve dificuldades de funcionamento. O que foi declinando progressivamente foi aquilo que era a razão fundamental pela qual nós entrámos no «Projecto Alfa», que foi começarmos a verificar que não havia grandes alterações em termos de autonomia, não havia grandes diferenças em termos das relações de trabalho. Eram iguais, de certo modo, ao anterior. Tivemos um acréscimo de responsabilidades sem termos nada em troca e quando digo em troca não me estou a referir necessariamente à questão monetária e, depois, a machadada final, digamos assim, foi a saída de duas enfermeiras. Portanto, as coisas foram, a esperança foi-se diluindo ao longo do

tempo e, portanto, foi essa dificuldade de funcionamento que levou, depois, à dissolução final do grupo».

A evolução dos Alfa para RRE

Dos grupos estudados, quatro aderiram ao RRE e seis não o fizeram. Estes seis incluem o grupo que se dissolveu antes do aparecimento do RRE.

RAZÕES PARA A NÃO EVOLUÇÃO PARA «GRUPO RRE» (QUADRO II)

Foi referido que o facto do RRE não contemplar todos os profissionais da equipa, quer por não serem todos médicos, quer por alguns médicos não terem vínculo à função pública, não cumprindo

QUADRO II

RAZÕES DOS GRUPOS ALFA PARA ADESAO OU NÃO AO RRE

Razões apontadas para a não adesão ao RRE

- O facto de o RRE não contemplar os médicos todos e todas as profissões envolvidas nos grupos Alfa já em funcionamento;
- A percepção de que o benefício remuneratório não seria substancial;
- A insuficiência de recursos humanos para alargar períodos de atendimento, para alargar as listas de utentes e para garantir intersubstituição;
- A falta de garantia da manutenção da equipa, nomeadamente ao nível dos profissionais administrativos e de enfermagem com vínculo precário;
- O receio do aumento de pedidos e exigências, pela tutela, resultando em aumento de trabalho administrativo;
- alguma desconfiança em relação às atitudes da própria administração.

Razões apontadas para adesão ao RRE

- O facto de dar cobertura legal a experiências já existentes;
- A inovação na forma de remuneração, associada ao desempenho;
- Expectativa de ver o seu trabalho avaliado e reconhecido;
- Expectativa sobre o aumento de autonomia.

o requisito necessário de estar integrado na carreira médica de clínica geral, constituiu um entrave inultrapassável na adesão: «Por outro lado, uma série de índices que o RRE apresentava, nomeadamente o número de consultas até ao primeiro ano de vida, o puerpério, as grávidas não sei quê (...) na nossa equipa de trabalho, isso não é uma coisa que dependa exclusivamente do médico. Aliás, digo já: eu nem penso nisso, nem penso nisso porque na minha equipa, no modo como nós trabalhamos, a enfermeira é que tem essa responsabilidade porque aqui as enfermeiras também são enfermeiras de família. Nós trabalhamos em módulos», «Era essencialmente uma... assumir-se que, provavelmente ter-se-ia que discriminar, de uma forma que tinha a ver com o aspecto remuneratório actividades que todos fazem. (...) provavelmente iriam provocar alguns problemas e como tínhamos e temos, na altura, profissionais que, independentemente da sua condição de contratados, trabalham bastante e não tinham possibilidade, e nem têm possibilidade de entrar nesse regime, achámos que seria discriminar imensos profissionais que, só pelo facto de serem contratados, não podiam englobar esse regime remuneratório e como todos nós estávamos, e estamos, com um projecto de reestruturação, achámos que seria injusto estar a pedir que profissionais que fazem o mesmo, ou muito mais, às vezes, que alguns da carreira, fossem, recebessem muito menos do que os outros que eventualmente entrassem no regime remuneratório passariam a receber. Portanto, acabou, acabámos por não entrar para prevenir eventuais desequilíbrios na casa».

Outra das razões apontadas foi o facto de, feitas as contas, o vencimento não ser muito diferente, apesar de isso não ser a razão principal: «Por outro lado, nós, os mais antigos, não iríamos beneficiar nada feitas as contas. Com os

números que tínhamos iríamos ficar a ganhar exactamente a mesma coisa. Mas não era esse o fundamento que nós até ganharíamos a mesma coisa, enfim, se todo o contexto fosse diferente».

A falta de pessoal foi referida como um dos motivos para não terem avançado para RRE. «Principalmente pela falta de recursos humanos. Portanto, nós pensamos... Do ponto de vista médico, neste momento, o grupo é constituído apenas por e para, de facto, dar um alargamento do período de atendimento é muito complicado e dá uma sobrecarga muito grande. E temos uma população que não nos permite avançar sem conseguir, de facto, aumentar o grupo», «Portanto, temos vários administrativos que também estão com um vínculo precário, em contrato, e que ficamos sempre naquela situação, não saber o que é que vai acontecer quando o contrato acabar, se o contrato vai ser renovado ou não vai ser renovado. Portanto, isto tem feito com que não tenhamos, ainda, aderido ao novo regime remuneratório que seria lógico esperar porque, de uma certa maneira, permite compensar economicamente o esforço que é feito para dar uma maior acessibilidade, uma maior resposta à população», «Ah... colocou-se também a questão... porque, em relação ao RRE, também há um contrato, como sabe, faz-se um contrato de determinada prestação de serviços e essa prestação de serviços... E nós já tínhamos a experiência grave daquelas ausências que tínhamos tido de alguns colegas... E depois como era? A gente tinha obrigatoriedade de prestação assistencial depois se não era cumprida como é que é? Iríamos passar outra vez por aquelas coisas horríveis que passámos inicialmente?»

Também foi referido algum receio de acréscimo de trabalho administrativo e alguma desconfiança: «Tinha que ter uma informatização enorme. Lá íamos

cair outra vez na parte administrativa e burocrática e não sei o quê, e... pronto, se fizéssemos as contas todas aos números, dava números demasiado grandes, o que nos fez logo desconfiar também, não é?»

RAZÕES PARA A EVOLUÇÃO PARA

«GRUPO RRE» (QUADRO II)

Ao analisar o conteúdo das entrevistas aos quatro grupos que evoluíram para RRE, a ideia com que se fica é que o RRE surgiu como uma evolução natural dos grupos Alfa. Foi referido que o RRE veio dar suporte legal àquilo que estava a acontecer no terreno: «os grupos Alfa começaram a funcionar sem haver um suporte legal. (...) A única coisa que tínhamos em termos de compensação remuneratória era: como trabalhávamos mais horas, fazíamos horas extraordinárias e as horas extraordinárias eram pagas que é uma situação que não se pode prolongar indefinidamente. O RRE permite-nos, em termos legais, ter uma situação, do ponto de vista de clareza legal, perfeitamente transparente e nesse aspecto a transição foi relativamente pacífica entre nós», «Foi uma evolução na continuidade...». Os entrevistados confirmam o que os colegas que não aderiram disseram sobre remuneração: «não é, isto não é a galinha dos ovos de ouro. Não, não julgue que a gente ganha muito mais, muito mais do que ganhávamos anteriormente» e enunciam a avaliação da qualidade do seu trabalho como causa de adesão: «Para nós tem vantagens porque avaliamos-nos a nós próprios, impusemos regras de avaliação de qualidade e, também, somos avaliados por terceiros que é uma coisa em saúde que nunca se tinha feito, nunca, nunca... Não é muito usual fazer avaliação de qualidade e estamos-nos a aperceber de erros, nomeadamente do registo, erros nos seguimentos dos grupos vulneráveis e estamos a corrigi-los à medida que nos vamos avaliando semes-

tralmente. Estamos a corrigir os erros. Os registos, tudo isso».

Também referida como razão o próprio sistema de remuneração: «Nós consideramos que é um regime mais justo porque... Para já, acaba por constituir uma brecha naquilo que é a função pública, não é? Todos ganhamos o mesmo independentemente do tipo de trabalho que nós fazemos. Além disso, eu concordo com a maneira como o RRE está feito porque ele não é propriamente pela quantidade que acaba por ser pago e tem aspectos da qualidade como são os grupos vulneráveis. Portanto, a cobertura que temos na saúde materna, na saúde infantil, no planeamento familiar. Mesmo a constituição da lista não é por acto médico mas sim pelas características da lista. Pronto, eu acho que está bem feito. É natural que, se calhar, haja coisas que se possam limar, mas eu acho que, de uma maneira geral, está bem feito».

«Projecto Alfa» e RRE: as lições

Questionados em relação aos ensinamentos retirados dos processos Alfa e RRE, os entrevistados referiram a necessidade de desenvolver contrapartidas ao esforço desenvolvido: «Em termos de organização dos centros de saúde, eu penso que faz sentido, e faz todo o sentido, de facto, o trabalho em pequenas equipas, sem o peso da burocracia própria de uma grande organização. Penso que as pequenas equipas, com pessoas a trabalharem bem entre elas, de forma harmoniosa, é importante. Essa foi, para mim, de facto, a grande lição. Só que tem que se dar qualquer coisa, tem que se dar qualquer coisa às pessoas, se as pessoas estão a dar o seu melhor em termos de esforço profissional. Não se pode pedir sem dar nada em troca». Outra lição enunciada é que este trabalho em grupo é exigente: «Estas coisas não são, às vezes, fáceis, às vezes há algumas fricções e agressões. Agressões, não no sentido físico da

questão! Mas, são coisas, às vezes, já tivemos reuniões de serviço dolorosas, dolorosas para resolver coisas e decidir coisas. Mas isso, pronto, eu acho que isso é que é crescer, em termos de grupo e de desenvolvimento. (...) Enfim, estas coisas mexem um bocadinho».

A humanização conseguida parece ter sido outra lição: «Agora acho que na parte, que se fala tanto, de humanização, quer queiram quer não, os “Projectos Alfa» foi a única altura em que isto esteve humanizado. Humanizado, não só para os doentes como até para os profissionais, quer dizer, para terem motivação, para terem, digamos, uma outra maneira de estar. É que não é só para os doentes, é também para os técnicos, porque se os técnicos não estão motivados também é um bocado difícil as coisas correrem bem, não é?».

Outra lição prende-se com a mudança, quer a dificuldade de mudar no contexto da administração pública («Poderá haver muito boa vontade de quem está em determinados níveis da administração, mas a administração é uma máquina muito complexa e há muitos níveis onde as coisas emperram, que depois não permitem que as coisas andem para a frente»), quer a necessidade de mudança ao nível das organizações e das pessoas («Outra lição, é assim: não há organizações estanques, não há organizações rígidas, é impossível. É umas das coisas que a gente aprendeu ao longo destes anos, destes quase cinco anos, aprendeu e viveu, é que tudo tem que mudar com o que vai acontecendo e nós temos que estar preparados para isso. Portanto, não é ficar à espera que as coisas nos caiam do céu, que alguém venha resolver por nós, que a culpa é do Zé da esquina»).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Vários aspectos concorrem para dar a

este trabalho um carácter eminentemente qualitativo e descritivo, destacando-se entre eles a dificuldade em obter documentação sobre o «Projecto Alfa» e seu desenvolvimento, a amostra de entrevistados não ser eventualmente representativa da opinião de todos os participantes nos grupos Alfa, o método escolhido e as dificuldades técnicas na audição de algumas entrevistas.

De qualquer forma, pensamos ser uma iniciativa que merece ser conhecida, como ilustradora de alguns aspectos associados à mudança organizacional, protagonizada pelos próprios profissionais, que os grupos Alfa e RRE representam. Poderá também ser um trabalho precursor de outros mais precisos que contribuam para processos de mudança futuros.

Vários factores têm desafiado a prática médica à mudança. A par da expansão e disponibilização do conhecimento, os últimos 50 anos têm assistido a alterações profundas da forma de organização dos cuidados médicos. De uma saúde orientada para as doenças infecciosas e grupos específicos (ex. crianças e suas mães), até meio da década de 70, evolui-se para a utilização dos conceitos de cuidados de saúde primários e de centros de saúde para a condução das reformas. Os anos 80 trazem os conceitos de promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção da doença, e a sua concretização em ambientes específicos (por ex. “escolas saudáveis»⁹).

A incerteza é, actualmente, um elemento estruturante (e não passageiro) do mundo empresarial e do mundo das organizações em geral. Um caminho importante para a adaptação é o esforço de a aceitar, tentar compreender e integrar nos raciocínios¹⁰. A par de uma mudança, por vezes difícil de acompanhar, surgem estratégias de gestão inovadoras. O problema destas estratégias é que são muitas vezes desprovidas de

qualquer fundamentação empírica, «modas» que carecem geralmente de atenção às relações da organização com o meio e de conhecimento das relações formais e informais da organização^{11,12}. Os projectos Alfa constituem inovação na organização e gestão de cuidados de saúde familiares com base na iniciativa de quem conhece as especificidades locais. Como já referido, uma das razões para a entrada no projecto Alfa foi a vontade de organizar cuidados de saúde de acordo com o conhecimento do «terreno».

Em termos de estudos das organizações, o trabalho de equipa tem merecido atenção há várias décadas e parece tratar-se de uma mais valia em termos de aumento da eficácia das organizações e de satisfação dos envolvidos¹³. Isto parece ser confirmado pelas narrativas aqui apresentadas e os outros estudos conhecidos sobre os grupos Alfa^{3,4,5,6}. No entanto, a constituição de equipas não proporciona garantias, por si só, de melhoria de eficácia de uma organização¹³.

O facto de não haver receitas simples para realidades complexas torna pertinente a avaliação e a difusão de boas experiências, «bons exemplos». Neste caso as experiências dos grupos Alfa e RRE. Esse trabalho está muito incompleto, não por falta de empenho dos profissionais, que querem ser avaliados, como exposto neste trabalho. Faltam, em Portugal, dispositivos que acompanhem, apoiem e disseminem a inovação¹⁴.

Das razões para a não evolução para grupo RRE surge o problema do sistema remuneratório não se aplicar a todos os membros do grupo Alfa em funcionamento. A partir destas opiniões e das expressas noutra trabalho⁸, parece delinear-se a tendência de evolução do sistema remuneratório para o envolvimento dos outros profissionais e, eventualmente, para componentes remuneratórias individuais e

de grupo.

Outro problema⁸, não explicitado desta forma pelos respondentes, é o da liderança dos médicos neste trabalho de equipa. A iniciativa e a condução do processo são, formalmente, dos médicos. A centralidade, à partida, dos médicos, é questionada. A questão vai-se agudizar no futuro e também aqui se deveria ir permitindo e acompanhando a inovação: envolvendo os profissionais na definição de funções, avaliando resultados, comparando grupos diferentes, monitorizando a satisfação dos utentes¹⁵.

Esta experiência mostra que há grupos de profissionais, membros e conhecedores da organização e da sua envolvente que se propõe, com os esforços pessoais que as narrativas apresentadas neste artigo testemunham, encontrar formas mais eficazes de cumprir os objectivos do Sistema Nacional de Saúde. Os instrumentos necessários, pelo menos para a fase de concepção e implementação dos projectos, foram a explicitação de projectos/contratos-programa, a negociação/contratualização, a cooperação, a responsabilização, a avaliação. A história dos grupos Alfa, aqui apresentada, mostra que há um campo de inovação, com bons resultados, que não depende de instrumentos legislativos.

Pelo menos para um segmento de profissionais, o desenvolvimento, no sector público, de sistemas de «discriminação positiva» ou de «incentivos» é desejado. O facto de este segmento de profissionais parecer um grupo com uma capacidade de iniciativa, de inovação, de resolução de problemas e de dedicação elevados chama a atenção para a necessidade de desenvolver sistemas de avaliação, de contrapartidas ao esforço desenvolvido e de reconhecimento, sob pena de se perder a iniciativa destes profissionais para o desenvolvimento do sistema público de prestação de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Projecto "Alfa": Iniciativas locais na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; 1997.
2. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Análise Estratégica referente ao "Projecto Alfa" (SWOT). Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; documento não datado.
3. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Projectos inovadores em centros de saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo: significado e ensinamentos recolhidos com a experiência dos dois primeiros anos. Breve nota informativa - Julho de 1998. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; 1998.
4. Nogueira MC. Acessibilidade e satisfação na perspectiva dos utentes de um centro de saúde e de uma unidade de saúde Alfa [dissertação]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2000.
5. Marques JM. Avaliação da satisfação de utentes e profissionais num contexto de mudança organizacional, o «Projecto Alfa» [Projecto de investigação desenvolvido como requisito à obtenção do Diploma em Administração Hospitalar]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 1997.
6. Unidade de Saúde de Samora Correia: uma experiência de sucesso. Médico de Família 2000; Março: 34-37.
7. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Projecto "Alfa": Iniciativas em Medicina Geral e Familiar no SNS. Situação na ARS LVT em 13 de Junho de 1997. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; 1997.
8. Conceição C, Antunes AR, Lerberghe WV, Ferrinho P. As diferenças regionais na adesão ao regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral até Janeiro de 2000. Rev Port Clin Geral 2003;19(3):227-36.
9. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Um olhar sobre as reformas e as políticas de saúde. Disponível em URL: <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Sistema/Sistema+de+Saude/hit+pt+um+olhar+sobre+as+reformas+e+as+politicas+de+saude.htm>, Julho de 2004
10. Wack P. Scenarios: uncharted waters ahead. In: Henry J, Walker D, editors. Managing Innovation. London: Sage Publications; 1991. p. 200-210.
11. Rodrigues RF. Organizações, mudança e capacidade de gestão. S. João do Estoril: Principia; 1998.
12. Hartwick J, Miller D. Spotting management fads. What makes them so popular is what undermines them in the end. Harvard Business Review 2002; 80 (10): 26-7.
13. Passos A. Grupos e equipas de trabalho. In: Ferreira JM, Neves J, Caetano A, editors. Manual de psicossociologia das organizações. Amadora: McGraw-Hill; 2001. p.335-356.
14. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. O estado da Saúde e a saúde do Estado - Relatório da Primavera 2002. Lisboa: ENSP; 2002.
15. Biscaia A, Conceição C, Martins J, Ferrinho P. Política e gestão dos recursos humanos na saúde em Portugal. Rev Port Clin Geral 2003;19 (3): 281-9.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado no contexto de um projecto do programa INCO DC da Direcção Geral de Investigação da União Europeia denominado «A prática das reformas da saúde: lições para o futuro», contrato ERB-IC18-CT98-0346.

Os autores agradecem a disponibilidade dos que aceitaram contribuir para este estudo concedendo entrevistas e ao Dr. Vítor Ramos pelo apoio na fase de preparação do estudo e pelos comentários a uma versão prévia deste artigo.

Endereço para correspondência

Cláudia Conceição
Associação para o Desenvolvimento e
Cooperação Garcia de Orta (AGO)
Rua Frederico Perry Vidal, Bloco 9, 1º piso
1900-240 Lisboa
E-mail: claudiac@esoterica.pt

Recebido para publicação em: 10/09/04

Aceite para publicação em: 15/12/04

ALPHA GROUPS AND THE ADHESION TO THE EXPERIMENTAL REMUNERATORY REGIMEN.**ABSTRACT**

In 1996 the "Alpha Project" began, in the Health Region of Lisboa e Vale do Tejo. It aimed to stimulate professionals' initiatives about organizational solutions in order to achieve a better seizing of the existing capacity in the Health Centres from the Portuguese National Health Service, allowing in the future to bring in more resources for the system, according to the actual needs. Following the Alpha groups performance assessment, the General Practitioners' Experimental Remuneratory Regimen (ERR) was proposed; simultaneously efforts were being made to widen this reflection to other health care professions.

Aim: To identify the reasons associated with adherence or non-adherence of the Alpha groups to the GP's ERR; to describe the course of each group and to collect their testimonies on what they consider lessons that were learned from the group's constitution, functioning and evolution.

Population and Methods: Qualitative and descriptive study which included thirteen Alpha groups. Interviews were requested to the contact person from every individual group; three groups refused their participation. A semi-structured interview strategy was used, and a content analysis of the answers was performed.

Results: Ten groups were studied: four adhered to the ERR, five didn't adhere and one suspended itself before the beginning of the experience. The referred reasons for non-adherence were the non-applicability of the ERR to all the professionals of the team, the short difference between the salaries in the ERR and in the conventional regimen, the insufficiency of available human resources and the fear of increased administrative work. The evolution to ERR seemed natural to the four Alpha groups that adhered to the new regimen, allowing a legal support to the existing experiences. The innovative model of remuneration, directly related to the performance, and the expectations of seeing its own work assessed and recognized, and of working with a greater level of autonomy were well valued.

Conclusions: The Alpha Projects were an innovation in the organization and management of family health care, based on the initiative of the professionals who knew the local specificities. The Alpha groups' history shows examples of innovation opportunities with good results which do not depend on legislative instruments. At least to a part of the professionals, the development of "positive discrimination" or "incentives" systems in the public health care services is desired. However, these systems should involve all the professionals in the team and evolve, eventually, to individual and group's remuneration components. The studied group of professionals showed good initiative, innovation, devotion and problem-solving skills, which makes necessary the development of assessment strategies, counterparts and recognition of the invested effort, if not the initiative of these professionals for the improvement of the public health care system may be lost.

Key Words: Family Physician; Organization; Management; Health System Reform; Motivation; Professional Satisfaction; Remuneration.