

# Um novo modelo de remuneração dos Médicos em uso no Centro de Saúde São João (Porto)

ALBERTO PINTO HESPANHOL\*

## RESUMO

A remuneração exerce uma influência poderosa na actividade e no grau de satisfação de todos os trabalhadores e também dos médicos. A evidência científica na área da satisfação profissional em Medicina Geral e Familiar tem demonstrado uma inadequação do regime de trabalho, do modelo organizativo e das condições de trabalho nos Cuidados de Saúde Primários portugueses, em relação a um perfil profissional consensualmente aconselhado, mas também uma inadequação do sistema retributivo vigente.

Na nossa sociedade a satisfação das necessidades fisiológicas está associada ao dinheiro. Em muitos casos o dinheiro pode comprar a satisfação das necessidades fisiológicas, de segurança ou até sociais, mas quando os indivíduos estão preocupados com necessidades de auto-estima, reconhecimento ou eventualmente auto-actualização, o dinheiro deixa de ser o instrumento mais apropriado para as satisfazer.

O sistema remuneratório dos médicos de família do SNS Português baseia-se no pagamento de um salário. Em 1998, através do Decreto-lei nº 117/98, de 5 de Maio, designado por «Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral», o Ministério da Saúde implementou nos Centros de Saúde Portugueses um novo modelo de remuneração dos Médicos de Família.

Também em 1998 foi celebrado um Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a Faculdade de Medicina do Porto, o «Projecto Tubo de Ensaio/Centro de Saúde São João», sendo um dos seus objectivos principais «Desenvolver projectos inovadores no âmbito da Administração de Saúde, de Administração dos Serviços de Saúde e da Prestação de Cuidados de Saúde». Um desses Projectos, designado por Experimentação de novo modelo de remuneração dos médicos, consiste na remuneração ligada à produção, por capitação ponderada e com incentivos à prescrição racional de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

**Palavras-Chave:** Satisfação Profissional; Remuneração dos Médicos; Cuidados de Saúde Primários; Clínica Geral; Medicina Familiar.

nece um estímulo para continuar a realizá-lo, permitindo expressar o reconhecimento social pelo seu trabalho<sup>1-3</sup>. Também ninguém duvida da sua influência no grau de satisfação dos profissionais em qualquer área de actividade.

Mas o conhecimento intuitivo não é sinónimo de evidência científica<sup>1</sup>. Na realidade, alguns autores têm referido a desproporção entre o número elevado de artigos de revisão ou de opinião acerca da forma de pagamento aos médicos e o número reduzido de trabalhos de investigação sobre o seu impacto real na actividade clínica e na saúde dos utentes<sup>2,3</sup>.

Vários testemunhos de médicos de família referem a inadequação do regime de trabalho, do modelo organizativo, do sistema retributivo e das condições de trabalho vigentes nos Cuidados de Saúde Primários Portugueses, em relação a um perfil profissional consensualmente aconselhado<sup>4-9</sup>. Essa discussão tem estado bem patente na literatura bem como nas comunicações, debates, painéis ou mesas redondas onde se tem vindo a analisar a prática da medicina na sua globalidade e da sua remuneração em particular<sup>5-7,10-5</sup>.

A questão das formas de pagamento aos médicos ocupa cada vez mais a

## A REMUNERAÇÃO DOS MÉDICOS



ninguém duvida da influência poderosa da remuneração na actividade de todos os trabalhadores e também dos médicos, pois para além de recompensar o seu esforço for-

\*Professor Associado Convidado do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto e Director do Centro de Saúde São João (Porto), onde também exerce as funções de Médico de Família.

atenção das Administrações dos Cuidados de Saúde, das Instituições Académicas, das Associações Profissionais ou de Classe dos médicos, de outras instituições da comunidade dentro ou fora da área da saúde, dos utentes e dos próprios médicos individualmente.

Hoje todos reconhecem que nenhum dos modelos de pagamento adoptados em diversos países se tem mostrado perfeito, pelo que um sistema misto de pagamento, com uma ou mais formas de remuneração, parece ser mais vantajoso do que os sistemas puros<sup>2,3</sup>.

Existe a ideia intuitiva de que o pagamento ao acto incentiva a prestação de serviços desnecessários, de que o salário desmotiva os médicos e penaliza os que trabalham melhor, e de que o pagamento por capitação faz com que o médico rejeite os utentes mais doentes e os referencie com frequência excessiva para outro nível de cuidados<sup>2,3</sup>.

As fronteiras tradicionais entre pagamento ao acto, capitação e salário tendem a diminuir e estabelecem-se mecanismos que contemplam, parcialmente, todas ou algumas delas, incorporando reajustamentos progressivos na extensão com que se implementam. Assim a capitação pode ajustar-se pela idade e pelo sexo; os pagamentos ao acto podem ser realizados de acordo com escalas quantitativas que limitam a sua capacidade de induzir a procura; o pagamento por salário pode incorporar objectivos de saúde pré-contratados, a capitação e o pagamento de serviços<sup>2,3</sup>.

### A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR E A REMUNERAÇÃO

Em Portugal, o primeiro estudo publicado sobre Satisfação Profissional, ao nível dos Médicos de Família (1989)<sup>16</sup>, realizou-se no centro de saúde da Amadora.

Mais tarde surgem mais três estudos sobre Satisfação Profissional ao nível dos Médicos de Família, um em 1990<sup>17</sup>,

outro em 1991<sup>18</sup>, e um outro em 1995<sup>19</sup>, em que os autores aplicaram o mesmo questionário auto-preenchido já utilizado no Centro de Saúde da Amadora<sup>16</sup>.

Os principais factores de descontentamento dos Médicos de Família identificados nesses três estudos são baixa responsabilidade/participação/retroinformação, falta de autonomia e sistema retributivo injusto, tendo sido identificado no estudo da Madeira<sup>17</sup> outro factor adicional de descontentamento, ou seja, a inexistência de trabalho em equipa e, no do Colégio da Medicina Geral e Familiar<sup>19</sup>, dois outros factores: carreira e relação profissional/utente.

McCranie e colaboradores (1982) foram dos primeiros investigadores nos Estados Unidos da América a publicarem um estudo sobre Satisfação Profissional numa grande amostra de médicos de família. No seu estudo<sup>20</sup>, os médicos de família encontram-se mais insatisfeitos com, por ordem crescente de insatisfação: organização e gestão da sua unidade de saúde, tempo necessário para a unidade de saúde, para a formação contínua, para as actividades de lazer, para a família e os custos financeiros de gestão da unidade de saúde<sup>20</sup>.

Cooper e colaboradores foram os autores que mais trabalhos publicaram sobre satisfação nos clínicos gerais do Reino Unido.

Nos seus estudos de 1988<sup>23</sup> e de 1989<sup>21</sup>, os clínicos gerais classificaram diversos aspectos da prática clínica, quase pela mesma ordem decrescente de satisfação: liberdade de escolher o método de trabalho, grau de responsabilidade que lhe é atribuído, grau de variedade, condições físicas do local de trabalho, relações de trabalho com colegas, oportunidade para demonstrar as suas capacidades, vencimento, reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho, horas de trabalho.

Enquanto que, no seu estudo de 1992<sup>22</sup>, os clínicos gerais classificaram de modo diferente esses mesmos as-

pectos, por uma ordem decrescente de satisfação: oportunidade para demonstrar as suas capacidades, relações de trabalho com colegas, vencimento, grau de responsabilidade que lhe é atribuído, liberdade de escolher o método de trabalho, horas de trabalho, grau de variedade, condições físicas do local de trabalho, reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho.

No estudo que realizámos<sup>24</sup>, durante 1994, aos Médicos de Família da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos que estavam inscritos no Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, as componentes da satisfação profissional que os clínicos respondentes ao questionário auto-preenchido declararam dar origem a *mais insatisfação* eram na sua maioria factores extrínsecos do trabalho, como por exemplo «vencimento», «possibilidade de usar técnicas evoluídas», «o modo como é administrada a sua unidade de saúde», «as possibilidades que tem para ajudar os utentes» e «horas de trabalho»<sup>24</sup>.

Mais tarde, André Biscaia chegou às mesmas conclusões, tendo enviado um questionário auto-preenchido a 25% dos Médicos de Família que trabalhavam em Lisboa no Serviço Nacional de Saúde, durante 1995, ou seja, a 300 clínicos. Os resultados obtidos revelaram que as áreas com mais altas pontuações de satisfação estavam relacionadas com as capacidades intrínsecas dos Médicos de Família. Por outro lado, as pontuações de satisfação mais baixas respeitavam, fundamentalmente, às condições de trabalho fornecidas pelo empregador, como incentivos pelo trabalho realizado, por exemplo o salário, ou condições físicas do local de trabalho<sup>25</sup>.

#### TEORIA DA MOTIVAÇÃO E DA HIERARQUIA DE NECESSIDADES HUMANAS

Maslow (1954) defende, na sua teoria da

Motivação e da hierarquia de necessidades humanas<sup>17,26-8</sup>, que a satisfação do trabalhador depende da resposta que ele obtém às suas necessidades, as quais se encontram hierarquizadas, por ordem decrescente da força que têm para serem razoavelmente satisfeitas: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de auto-actualização.

Logo que um determinado nível de necessidades esteja de algum modo satisfeito passar-se-á para outro, que ficará a dominar a hierarquia de necessidades, e assim sucessivamente.

As necessidades fisiológicas (comida, roupa e abrigo) são as que apresentam a mais elevada força na hierarquia das necessidades. Logo que estas necessidades sejam de alguma forma satisfeitas, outro nível de necessidades, as de segurança, torna-se importante e fica então a dominar e a motivar o comportamento do indivíduo.

A necessidade de segurança consiste no indivíduo estar livre do medo dos perigos físicos e da privação da satisfação das necessidades fisiológicas básicas. Já não é somente o agora e o já, mas também uma preocupação com o futuro, ou seja, uma necessidade de auto-preservação.

Logo que as necessidades fisiológicas ou de segurança estejam razoavelmente satisfeitas surgem as necessidades sociais a dominar a hierarquia das necessidades. Dado que as pessoas são seres sociais têm necessidade de pertencerem e de serem aceites pelos diferentes grupos sociais.

Depois dos indivíduos estarem mais ou menos satisfeitos com as suas necessidades de pertencer a determinados grupos sociais surge outra necessidade, a estima: tanto auto-estima como o reconhecimento e o respeito dos outros. A satisfação da necessidade de estima produz sentimentos de auto-confiança, prestígio, poder e controle. Os indivíduos começam a sentir que são úteis e

que têm algum efeito sobre o ambiente que os rodeia. Quando as necessidades de estima estiverem de alguma forma satisfeitas, as necessidades de auto-actualização ficam a dominar e a motivar o comportamento do indivíduo. A auto-actualização é a necessidade que os indivíduos têm de maximizar o seu próprio potencial, ou seja, é o desejo de se tornarem naquilo de que são capazes<sup>17,26-8</sup>.

O dinheiro é um incentivo complicado que está relacionado com todos os tipos de necessidades e cuja importância é difícil de indagar. Na nossa sociedade a satisfação das necessidades fisiológicas está associada ao dinheiro. Não é o dinheiro em si mesmo, mas o que ele pode comprar que pode satisfazer as necessidades fisiológicas do indivíduo. Parece, contudo, claro que a capacidade que determinada quantidade de dinheiro tem para satisfazer necessidades diminui à medida que nos movemos das fisiológicas ou de segurança para outras necessidades da hierarquia. Em muitos casos, o dinheiro pode comprar a satisfação das necessidades fisiológicas, de segurança ou até sociais, mas quando os indivíduos estão preocupados com necessidades de auto-estima, reconhecimento ou eventualmente auto-actualização, o dinheiro deixa de ser o instrumento mais apropriado para as satisfazer<sup>26</sup>.

Quanto mais os indivíduos se envolvem com as necessidades de estima e auto-actualização, mais terão de ganhar a sua satisfação directamente e menos importância terá o dinheiro como meio de as obter<sup>26</sup>.

Esta mesma opinião transparece nos resultados obtidos no estudo sobre Satisfação Profissional, que realizámos aos Médicos de Família do Norte do País<sup>24</sup>.

Na realidade, todas as 20 componentes da satisfação profissional incluídas num modelo de regressão logística, passo a passo, tinham uma associação estatisticamente significativa com a sa-

tisfação global no trabalho ( $p < 0,01$ ) no início do modelo; contudo, no final, apenas cinco estavam independentemente associadas com a satisfação global no trabalho. Destas cinco variáveis independentes a mais associada com a satisfação global era a «capacidade para fazer diagnósticos correctos e completos»<sup>24</sup>.

Quanto mais insatisfeitos os Médicos de Família declararam estar em relação à «capacidade para fazer diagnósticos correctos e completos», ou ao «reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho», ou ao «modo como é administrada a sua unidade de saúde» ou à «liberdade de escolher o método de trabalho» ou ao «grau de variedade (monotonia no trabalho)», maior era a sua insatisfação global no trabalho<sup>24</sup>.

O «vencimento» era a componente que provocava mais insatisfação profissional, contudo, embora estivesse significativamente associada com a satisfação global no trabalho, não estava independentemente associada com ela<sup>24</sup>.

Nesse mesmo estudo<sup>24</sup>, a maioria dos médicos de família declararam que a remuneração mais adequada ao trabalho dependente é a do tipo misto, ou seja, uma remuneração fixa completada por uma remuneração variável.

Quanto ao modo de calcular a remuneração variável, a maioria dos médicos de família entrevistados concordaram que deveria incluir pagamentos por capitação, com suplementos pelas características dos utentes e pelo tipo de serviços prestados, assim como pagamentos distintos por actos médicos (número de consultas no gabinete médico, número de consultas no domicílio, número de serviços prestados ou número de peritagens para a segurança social)<sup>24</sup>.

Quanto ao modo de calcular a remuneração fixa, os aspectos que os médicos de família entrevistados declararam poder influenciá-la são: inospitalidade, actividade no SAP ou similar, grau de diferenciação técnica, exclusividade,

número de horas semanais com outros benefícios contratuais (como por exemplo para contagem de tempo de serviço); número de anos de serviço, direcção, chefia ou coordenação, autoridade de saúde ou similar, formador, todos com outros benefícios contratuais (como por exemplo redução da lista de utentes, dispensa de SAP ou similar)<sup>24</sup>.

#### MODELOS DE REMUNERAÇÃO DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA PORTUGUESES

A maioria dos médicos de família trabalham no SNS, estão colocados nos Centros de Saúde e atendem pessoas de todas as idades e sexos inscritas em listas, de acordo com o perfil profissional estabelecido nos normativos legais.

O perfil profissional do médico de clínica geral encontra-se definido tanto no Decreto-Lei nº 310/82 sobre as carreiras médicas, como depois no Decreto-Lei nº 73/90, que o veio a substituir.

O sistema remuneratório dos médicos de família do SNS baseia-se no pagamento de um salário, estabelecido de acordo com o grau da carreira e os anos de serviço, com uma remuneração complementar para listas superiores a 1.750 utentes, um subsídio adicional de acordo com a interioridade do concelho onde praticam e o pagamento de trabalho nocturno ou fora de horas. Têm direito a subsídio de Natal, a férias pagas e a faltar para frequentar actividades de formação contínua e por nojo, maternidade, paternidade e doença, à reforma e ao pagamento de trabalho extraordinário efectuado.

Em 1990, através da Portaria nº 667/90, de 13 de Agosto, designada por «Normas Regulamentadoras da Articulação entre as Administrações Regionais de Saúde e a Actividade Privada»<sup>29</sup>, o Ministério da Saúde implementou, em Portugal, os Centros de Saúde Convencionados. Segundo esta Portaria, sempre que as circunstâncias o aconse-

lhem, podem as ARSs celebrar contratos com médicos de clínica geral, ou pessoas colectivas privadas, para a prestação de cuidados primários aos seus utentes, devendo os consultórios médicos e as instalações dos serviços das pessoas colectivas ser adequados ao fim a que se destinam, e não podendo nenhum médico ter mais de 2.500 utentes na sua lista. Pelo trabalho prestado é devida uma importância fixa, a estabelecer por despacho do Ministro da Saúde, por utente inscrito no respectivo ficheiro, corrigida em função dos seguintes factores: nº de crianças com menos de dois anos (aumento de 80% da capitação base), número de pessoas com mais de 65 anos (aumento de 60% da capitação base)<sup>29</sup>. Ainda existem de momento alguns Centros de Saúde convencionados a trabalhar, no Grande Porto e na Grande Lisboa.

Em 1998, através do Decreto-lei nº 117/98, de 5 de Maio, designado por «Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral»<sup>30</sup>, o Ministério da Saúde implementou em Portugal, nos Centros de Saúde do SNS, um novo modelo de remuneração dos Médicos de Família. Segundo este Decreto-lei, este novo regime só pode ser atribuído a grupos de, pelo menos, três médicos que estabeleçam entre si um acordo de intersubstituição e complementariedade que garanta, nos dias úteis e, no mínimo, das oito às 20 horas, o atendimento no próprio dia aos utentes, de qualquer das suas listas, que procurem ajuda médica. As ARSs atribuem-lhes um edifício público adequado à prestação de cuidados de saúde primários, colocando e suportando as despesas com o pessoal de enfermagem, administrativo e auxiliar, com um *ratio* de dois médicos de família para um enfermeiro e para um administrativo, custeando todas as despesas de manutenção (água, luz, telefone...) e fornecendo, sem quaisquer encargos, todo o material administrativo, clínico e far-

macêutico.

A cada médico abrangido pelo regime remuneratório experimental é confiada uma lista, que privilegia a estrutura familiar, e tem como limite mínimo 1.852 unidades ponderadas, o que corresponde em média a 1.583 utentes. Essas unidades obtêm-se pela ponderação dos seguintes factores:

- o nº de crianças dos zero aos quatro anos de idade será multiplicado pelo factor 1,5;
- o nº de pessoas com 65 ou mais anos de idade será multiplicado pelo factor 2.

Ao aumento da dimensão da lista de utentes deve obrigatoriamente corresponder o aumento de actividades e a respectiva tradução em horas de trabalho.

A realização das actividades de vigilância em relação aos grupos vulneráveis gravidez e puerpério, crianças no 1º ano de vida e planeamento familiar na mulher em idade fértil traduz-se, por cada um dos actos, num acréscimo à dimensão ponderada da lista, respectivamente de 20, 7 e 3 unidades..

Neste regime, a remuneração dos médicos integra uma remuneração base e componentes variáveis. A remuneração base integra a remuneração estabelecida, para a respectiva categoria e escalão, em dedicação exclusiva e horário de 35 horas semanais e a remuneração associada à dimensão e características da lista de utentes.

As componentes variáveis correspondem à realização de cuidados domiciliários, ao alargamento do período de cobertura assistencial pelo grupo e à realização de consultas a grávidas e puerpéras, crianças no 1º ano de vida e planeamento familiar em mulheres em idade fértil<sup>30</sup>.

#### MODELO DE REMUNERAÇÃO DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE SÃO JOÃO

Em 1998 foi celebrado um Acordo de

Cooperação entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a Faculdade de Medicina do Porto, homologado por Sua Ex<sup>a</sup> a Ministra da Saúde, o «Projecto Tubo de Ensaio», com três objectivos principais:

- Assegurar a prestação de Cuidados de Saúde Primários a cerca de 20 mil utentes do Serviço Nacional de Saúde, criando-se para tal um novo Centro de Saúde na cidade do Porto, em instalações cedidas pelo Ministério da Saúde, o Centro de Saúde São João;
- Constituir um espaço de Formação pré e pós-graduada destinada aos Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários;
- Desenvolver projectos inovadores no âmbito da Administração de Saúde, de Administração dos Serviços de Saúde e da Prestação de Cuidados de Saúde<sup>31,32</sup>.

Um desses Projectos, designado por *Experimentação de novo modelo de remuneração dos médicos*, consiste na remuneração ligada à produção, por capitação ponderada e com incentivos à prescrição racional de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Foi estabelecido, procurando dar aplicação prática à Teoria da Motivação e da hierarquia de necessidades humanas atrás resumida, e o seu pormenor foi definido com passos técnicos dados a nível do Conselho Directivo do Projecto do Tubo de Ensaio e passos sociais dados com os médicos do Centro de Saúde São João, em várias reuniões de trabalho com o objectivo de obter um consenso nesta matéria.

A totalidade dos clínicos gerais acordaram que a remuneração mais adequada era a do tipo misto, ou seja uma remuneração fixa ou base (35 horas, em exclusividade, na respectiva categoria) mais uma remuneração variável.

Quanto ao modo de calcular a remuneração variável, a totalidade dos clínicos gerais concordaram que deveria in-

cluídiversos incentivos remuneratórios: pagamentos por capitação, com suplementos por características dos utentes e por tipo de serviços prestados (ponderação da lista pelo número de inscritos, número de crianças de um a quatro anos e de idosos maiores de 65 anos), assim como pagamentos distintos por determinadas actividades médicas (variáveis relativas ao número de crianças com menos de um ano, de mulheres férteis, de grávidas, de horas de consulta aberta, de domicílios efectuados e de outras tarefas de interesse geral) e incentivos à prescrição racional, através de uma fórmula que valoriza a diferença entre os consumos de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica de cada médico e a média dos dez médicos do Centro de Saúde.

Assim os vencimentos dos médicos a partir de Junho de 2002 e até Maio de 2003 foram calculados do seguinte modo:

- (i) Base: 35 h, em exclusividade, na respectiva categoria;
- (ii) Ponderação da lista: nº de utentes inscritos, nº crianças de um a quatro anos e nº idosos maiores de 65 anos;
- (iii) Variáveis: nº crianças <1 ano, nº mulheres férteis, nº grávidas, nº horas de consulta aberta, nº domicílios efectuados, outras tarefas de interesse geral;
- (iv) Incentivo à prescrição racional: a diferença entre os consumos de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica do médico e a média dos médicos do CS origina um coeficiente que afecta a pontuação obtida na alínea anterior.

Depois de um ano de utilização deste esquema remuneratório, e após mais reuniões de trabalho com os médicos do Centro de Saúde São João, foram alterados alguns dos incentivos remuneratórios e acrescentados outros na ponderação da lista e nas variáveis. Ficou acordado que, a partir de Junho de

2003, os vencimentos seriam calculados do seguinte modo, que ainda se mantém durante todo o ano de 2004:

- (i) Base: idêntico ao anterior
- (ii) Ponderação da lista: nº utentes inscritos, nº crianças de zero a quatro anos, nº idosos maiores de 65 anos, acessibilidade (duas consultas disponíveis na próxima semana);
- (iii) Variáveis: nº mulheres férteis utilizadoras activas, nº hipertensos e nº de diabéticos diagnosticados, nº domicílios efectuados, outras tarefas de interesse geral;
- (iv) Incentivo à prescrição racional: idêntico ao anterior.

Embora o estabelecimento dos pormenores deste regime remuneratório «experimental», por consensos, possa ter deixado pelo caminho alguma da justificação teórica, podemos reconhecer que se trata de uma tentativa para dar aplicação à teoria da Motivação.

Na realidade, o dinheiro pode satisfazer as necessidades fisiológicas, de segurança ou até sociais, mas quando os trabalhadores estão preocupados com necessidades de auto-estima, reconhecimento ou auto-actualização, o dinheiro passa a ser menos importante como meio de as satisfazer. Este modelo de remuneração, ao incluir uma série de incentivos à melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde a prestar aos cidadãos, permite satisfazer estas últimas necessidades.

O estudo do comportamento dos médicos situados neste regime que estamos a realizar, que apresentaremos no futuro próximo, demonstrará a pertinência da aplicação da teoria da Motivação neste caso particular.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda JA. Satisfação Formas de remuneração: senso comum, conhecimento intuitivo e evidência científica. *Rev Port Clin Geral* 1996; 13 (2): 86.

2. Gervas J. As diversas formas de pagamento do Médico de Clínica Geral e a sua repercussão na prática clínica. *Rev Port Clin Geral* 1996; 13 (2): 130-40.
3. Lourenço R. Formas de pagamento aos prestadores na Medicina Geral e Familiar: o caso português. *Rev Port Clin Geral* 1997; 14 (6): 408-22.
4. Direcção Nacional da APMCG. Um futuro para a medicina de família em Portugal. APMCG. 1ªed. Lisboa: APMCG, 1991.
5. Sousa JC. General practice in Portugal - challenges and opportunities. In: UEMO. European Union of General Practitioners reference book 1995/96. 2ª ed. London: Thomas E Kennedy, 1995. p. 40-1.
6. Entrevistador do *Jornal Médico de Família*. Entrevista a Luís Rebelo: É necessário dar uma volta ao sistema retributivo do médico de família. *Jornal Médico de Família*; II série; 1995; 7 (2): 8-10.
7. Entrevistador do *Jornal Médico de Família*. Entrevista a Victor Ramos: Financiamento de base populacional local por necessidades de saúde - that's the question? *Jornal Médico de Família*; II série; 1995; 7 (6): 8-10.
8. Entrevistador do *Jornal Médico de Família*. Entrevista a José Luis Biscaia: O modelo de gestão deve ser centrado nas pessoas e baseado na motivação. *Jornal Médico de Família*; II série; 1995; 7 (8): 8-10.
9. Ciclos de conferências sobre os sistemas de saúde e a medicina familiar. *Revista da Ordem dos Médicos* 1992, Fevereiro: 14.
10. Campos AC, Carvalho R. Remuneração dos médicos de clínica geral: otimizar recursos, clarificando ambiguidades. *Rev Port Clin Geral* 1987; 4 (20): 33-7.
11. Coordenadora Nacional dos Sindicatos Médicos. Remunerações na clínica geral. *Rev Port Clin Geral* 1987; 4 (23): 26-8.
12. Tavares JF. Alteração ao sistema de remunerações dos médicos da carreira de clínica geral. Proposta e estratégia. *Rev Port Clin Geral* 1987; 4 (26): 21-3.
13. Workshop: Sistemas de saúde, garantia de qualidade em clínica geral. Sistema retributivo. *Rev Port Clin Geral* 1988; 5 (38): 12-6.
14. APMCG. Posição da APMCG sobre a carreira médica de clínica geral versus convenção em clínica geral. *Rev Port Clin Geral* 1988; 5 (40): 5.
15. Lourenço RF. Incentivos aos prestadores na carreira de clínica geral do SNS. *Rev Port Clin Geral* 1989; 6 (8): 227-31.
16. Pires B, Cerdeira F. Satisfação profissional de clínicos gerais num centro de saúde. *Rev Port Clin Geral* 1989; 6 (1): 6-13.
17. Reportagem - Madeira: satisfação profissional é baixa. *Jornal Médico de Família* 1990; 26: 8.
18. Vieira D, Viegas I. Satisfação profissional do clínico geral. *Rev Port Clin Geral* 1991; 8 (7): 210-5.
19. Vieira D, Viegas I, Furtado N. Satisfação profissional em médicos da carreira de clínica geral. *Acta Med Port* 1995; 8 (10): 531-5.
20. McCranie EW, Hornsby JL, Calvert JC. Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey. *J Fam Pract* 1982; 14 (6): 1107-14.
21. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *BMJ* 1989; 298 (6670): 366-70.
22. Sutherland VJ, Cooper CL. Job stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ* 1992; 304 (6841): 1545-8.
23. Makin PJ, Rout U, Cooper CL. Job satisfaction and occupational stress among general practitioners - a pilot study. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38 (312): 303-6.
24. Hespanhol A. Condições do Exercício da Clínica Geral no Norte de Portugal [dissertação]. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor pela Faculdade de Medicina do Porto. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 1996.
25. Biscaia A. Job Satisfaction among General Practitioners working in Lisbon. In: Book of Abstracts da Wonca Region Europe European Society of General Practice / Family Medicine Conference Prevention in Primary Care. Praga, 1997. p. 125.
26. Hersey P, Blanchard K H. Management of organizational behavior - utilizing human resources. 6ª ed. New Jersey: Prentice-Hall International; 1993.
27. Fraser TM. Human stress, work and job satisfaction - a critical approach. 2ª ed. Geneva: International Labour Office, 1984.
28. Santos GG. Teorias da motivação em contexto organizacional. Braga: Universidade do Minho, 1999.
29. Ministério da Saúde. Normas Regulamentadoras da Articulação entre as Administrações Regionais de Saúde e a Actividade Privada. Portaria nº 667/90. Diário da República, I série, nº186, de 13.8.90.
30. Ministérios das Finanças e da Saúde. Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral. Decreto-lei nº

117/98. Diário da República, I série-A, nº103, de 15.5.98.

31. Hespanhol A. O Projecto Tubo de Ensaio. Cadernos de Atencion Primaria 1999; 6 (2): 125.

32. Hespanhol A, Malheiro A, Sousa-Pinto A. O Projecto "Tubo de Ensaio" – breve história do Centro de Saúde S. João. Rev Port Clin Geral 2002; 18 (3): 171-86.

**Endereço para correspondência**

Alberto Pinto Espanhol  
Rua Prof. Mota Pinto, nº197 – 2º Esq.  
4100 Porto

Recebido para publicação em: 27/09/04

Aceite para publicação em: 15/12/04

**A NEW PAYMENT MODEL FOR FAMILY PHYSICIANS IN S. JOÃO HEALTH CENTRE (PORTO)**

**ABSTRACT**

*Payment exercises a powerful influence in workers' activity and degree of satisfaction. This is also true for doctors. Scientific evidence about job satisfaction in Family Medicine demonstrates not only an inadequacy of the work regime, model organization and work conditions in the Portuguese Primary Health Care system, when correlated with the professional profile internationally advised, but also a non effective payment system.*

*In our society, physiological needs satisfaction is associated with money. In many cases money can buy satisfaction of social, physiological needs or safety but when individuals are concerned with self-esteem, recognition or scientific updating, money stops being the most appropriate instrument for satisfying their needs.*

*Portuguese family doctors payment system is based on a salary. In 1998, the Ministry of Health implemented a new model of remuneration for Family Doctors in the Portuguese Health Centres through the Law no. 117/98, of May 5, designated by "Experimental Remunerating System for General Practice Doctors".*

*Also in 1998 a collaboration agreement was celebrated between the North Regional Health Administration and Porto's University of Medicine. This project was called "Projecto Tubo de Ensaio/ São João Health Centre", being one of their main objectives to "Develop Original Projects in the extent of the Health Administration, Health Administration Services and Health Care." One of these projects, designated by "Experimentation of a new payment model for doctors" consists on linking remuneration with production, considering capitation and incentives to rational prescription of medicines, exams and therapeutics.*

**Key-Words:** Job Satisfaction; Payment; Primary Health Care; General Practice; Family Medicine.