

# Quem aderiu ao regime remuneratório experimental e porquê?

FÁTIMA HIPÓLITO, CLÁUDIA CONCEIÇÃO, VÍTOR RAMOS, PEDRO AGUIAR, WIM VAN LERBERGHE, PAULO FERRINHO

## RESUMO

*Este estudo procura perceber quem se candidatou ao RRE e porquê. Foi um estudo caso-controlo em que a população-alvo foram os Clínicos Gerais prestadores de serviços em Centros de Saúde, a nível nacional. Os «casos» foram os Clínicos Gerais, Coordenadores (ou pessoa por eles indicada) de cada grupo que se candidatou ao RRE até à data de 31 de Janeiro de 2000 e os «controles» foram Clínicos Gerais a trabalhar no mesmo Centro de Saúde dos «casos», que não se candidataram ao RRE. O instrumento de recolha de informação foi um questionário para administração directa, aplicado entre Outubro de 2000 e Janeiro de 2001.*

*Às motivações estudadas, os «casos» e os «controles» deram igual importância ao estatuto social e prestígio profissional, enquanto que à realização profissional, autonomia profissional, remuneração, relações de trabalho, acesso do utente ao profissional, desempenho organizacional e condições de trabalho, ganha-se a impressão nitida de que o que valorizam os «casos» é menos valorizado pelos «controles».*

*Este estudo identifica duas sub-populações de médicos de família com características e motivações diferentes. O pacote de incentivos ao melhor desempenho nestas duas sub-populações deveria levar em conta estas diferenças.*

**Palavras-chave:** Motivação; Satisfação Profissional; Médico de Família; Sistema de Pagamento.

### Fátima Hipólito

Socióloga, Unidade de Sistemas de Saúde da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO)

### Cláudia Conceição

Médica, Unidade de Sistemas de Saúde da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO) e Centro de Malária e de Outras Doenças Tropicais (CMDT) da Universidade Nova de Lisboa

### Vítor Ramos

Médico, Escola Nacional de Saúde Pública

### Pedro Aguiar

Bioestatístico, Unidade de Sistemas de Saúde da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO)

### Wim Van Lerberghe

Médico, Unidade de Sistemas de Saúde da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta e Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia, Bélgica

### Paulo Ferrinho

Médico, Unidade de Sistemas de Saúde da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO), Centro de Malária e de Outras Doenças Tropicais (CMDT) e Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

## INTRODUÇÃO

**E**m 1990, a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral publicou o resultado de alguns anos de reflexão, de muitos dos seus associados, sobre o que devia ser a Medicina Familiar em Portugal e as evoluções necessárias perante a realidade na época. As recomendações ao nível salarial já nessa altura apontavam para um sistema misto de retribuição, assentes em várias componentes: remuneração base, capitação, pagamento ao acto, remunerações circunstanciais, compensação de inospitalidade<sup>1</sup>. Apesar de tudo, mantemo-nos o único país da União Europeia a remunerar os médicos primariamente por modelo salarial simples<sup>2</sup>.

Enquadrado pela dificuldade de inovação na Administração Pública, surgiu, em 1998, o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Clínica Geral (Decreto Lei nº 117/98, de 5 de Maio), ao mesmo tempo que se faziam esforços por alargar esta reflexão a outras profissões na saúde e se experimentavam também outras formas de remuneração no hospital, associadas aos programas de recuperação de listas de espera.

A Circular Normativa nº 9, de 28 de Dezembro de 1998, da Direcção Geral da Saúde, definiu os calendários e procedimentos a serem observados pelos profissionais e pelos órgãos de gestão e

administração locais e regionais para a implantação, avaliação e monitorização do RRE. Numa fase ainda experimental, com o início da sua aplicação previsto para o começo de 1999, este regime aplicar-se-ia, de forma limitada, a um número restrito de profissionais (500 médicos, a nível nacional para o ano de 1999)<sup>3</sup>.

Verificou-se que até 31 de Janeiro de 2000 tinham sido apresentadas nas Administrações Regionais de Saúde 76 pré-candidaturas a Grupos RRE.

Este estudo procura perceber quem se candidatou ao RRE e porquê. Estas motivações são avaliadas à luz da teoria da higiene-motivação de Herzberg. Em 1959, Herzberg<sup>4</sup> com a teoria da higiene-motivação, definiu factores distintos associados à satisfação profissional. Em 1968<sup>5</sup>, concebe o ser humano com dois conjuntos diferentes de necessidades. Um conjunto de necessidades que leva directamente à satisfação e que se relaciona com a habilidade para se auto-realizar, que na empresa se traduz em argumentos tais como: reivindicações ao nível da natureza do próprio trabalho, das responsabilidades delegadas, das possibilidades de promoção e da natureza das actividades; e o outro conjunto de necessidades que decorre da natureza animal do indivíduo, que conduz directamente à insatisfação, mas também pré-condição para a satisfação, que se traduz em argumentos como: política de salários, ambiente de trabalho, tipo de supervisão, segurança no trabalho, *inter alia*. A grande contribuição de Herzberg foi o reconhecimento da importância de factores de higiene, que têm a ver com o segundo conjunto de necessidades.

## MÉTODOS

Este foi um estudo caso-controlo. A população-alvo foram os Clínicos Gerais

prestadores de serviços em Centros de Saúde (CS), a nível nacional. Os «casos» foram os Clínicos Gerais, Coordenadores (ou pessoa por eles indicada) de cada grupo que se candidatou ao RRE até à data de 31 de Janeiro de 2000 e cuja identificação estava na posse da «Equipa de Acompanhamento da Reforma e Modernização dos Centros de Saúde» para a realização do 1º Relatório, datado de Março de 2000 (dos 76 grupos indicados no relatório, a equipa só tinha identificação de 38). Os «controles» foram Clínicos Gerais a trabalhar no mesmo CS dos «casos», que, sendo Assistentes ou Consultores da Carreira de Clínica Geral, não se candidataram ao RRE, e se encontravam a trabalhar no gabinete mais próximo do Clínico Geral «caso», na altura em que foi realizada a investigação. Na situação em que na Unidade de Saúde onde se encontrava o Clínico Geral «caso» só existiam Clínicos Gerais do grupo candidato ao RRE, o Clínico Geral, Assistente ou Consultor da Carreira de Clínica Geral, que se encontrasse na sede do CS, no gabinete mais próximo da entrada, na mesma altura em que se procedia à investigação com o «caso» era convidado a participar como «controlo».

Devido a não respostas questionámos 36 (2 não respostas) casos e 32 controlos (6 não respostas).

O instrumento de recolha de informação foi um questionário para administração directa. As perguntas foram de opinião e de facto, fechadas e abertas, mas essencialmente fechadas. Os questionários tinham um formato adequado aos «casos» e outro aos «controles». Os questionários foram aplicados entre Outubro de 2000 e início de Janeiro de 2001.

Os questionários foram objecto de um pré-teste, realizado através da sua aplicação a um grupo de conveniência de Clínicos Gerais, a fim de se ensaiar o tipo, a forma, a ordem das perguntas, perguntas com tendência para recusas

e a reacção ao conjunto do questionário.

As motivações estudadas estão definidas no Quadro I.

A análise foi realizada com SPSS 10.0. Para comparação de médias recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney e para comparação de frequências recorreu-se ao teste exacto de Fisher (bilateral).

## RESULTADOS

Os médicos coordenadores ou pessoas de referência dos grupos que aderiram ao RRE (casos) eram, em relação aos controlos, mais frequentemente homens (67% para os casos e 25% para os controlos,  $p=0,001$ ), que tinham mais frequentemente entrado para medicina familiar através do internato complementar (22% versus 6%,

$p=0,089$ ), e que trabalhavam em CS do SNS, mas menos frequentemente com exclusividade (50% versus 75%,  $p=0,087$ ), o que se compreende se soubermos que 53% destes casos tinham actividade no sector privado (versus 20% dos controlos,  $p=0,021$ ).

Não existem diferenças significativas em termos de idade, antiguidade profissional, prática clínica e outros aspectos socio-demográficos.

Para os casos, a principal fonte de informação sobre o RRE foram as estruturas dos SNS (61%), seguida das estruturas associativas profissionais (53%) e directamente de colegas em 25%. Para os controlos a principal fonte de informação foram os colegas (77%), seguida das estruturas dos SNS (53%) e estruturas associativas em 26% ( $p<0,05$ ).

O RRE é visto como uma vantagem

## QUADRO I

### DEFINIÇÕES UTILIZADAS PARA AS MOTIVAÇÕES ESTUDADAS

Motivações Estudadas	Definições
AUTONOMIA PROFISSIONAL	Margem de poder e liberdade que o Clínico Geral tem no exercício das suas funções (participação na organização e funcionamento dos serviços).
ESTATUTO	O estatuto socioprofissional decorrente da profissão e da carreira profissional.
PRESTÍGIO	O prestígio socioprofissional decorrente da profissão, da carreira profissional, do cargo e do Centro de Saúde onde trabalha.
REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	Oportunidades de desenvolvimento profissional que decorrem dos desafios dados pelo Regime Remuneratório Experimental (RRE).
ACESSO DO UTENTE AO PROFISSIONAL	Todas as condições organizacionais e administrativas que facilitam o acesso do utente ao Clínico Geral e/ou aos outros profissionais e serviços do seu Centro de Saúde.
RELACIONAMENTO NO TRABALHO	As relações de trabalho funcionais e cooperativas que os Clínicos Gerais estabelecem com os outros profissionais (enfermeiros e administrativos), a nível interno e externo.
REMUNERAÇÃO	A recompensa que o Clínico Geral recebe das funções que exerce integrando um novo sistema remuneratório (RRE).
CONDIÇÕES DE TRABALHO	A criação de espaços físicos, criando condições para o funcionamento de uma nova forma de organização de trabalho (RRE) e o ambiente psicossocial de trabalho dos Clínicos Gerais, no Centro de Saúde onde se trabalha.
DESEMPENHO ORGANIZACIONAL	Com base na realização profissional, uma nova forma de organização de trabalho (RRE) pode contribuir para melhorar o desempenho organizacional do Serviço Nacional de Saúde, como um todo.

em termos de remuneração por 96% dos casos e 67% dos controlos ( $p=0,018$ ), em termos de relacionamento no trabalho por 47% dos casos e 16% dos controlos ( $p=0,009$ ), em termos de maior autonomia profissional por 36% dos casos e 9% dos controlos ( $p=0,011$ ) e em termos de maior realização profissional por 19% dos casos e 0% dos controlos ( $p=0,012$ ).

Os principais domínios das motivações para terem aderido ou não ao RRE estão sumariadas no Quadro II (em ordem de importância decrescente). Tirando o estatuto social e o prestígio profissional, que receberam um grau de importância equivalente, ganha-se a impressão nítida de que o que é valorizado pelos casos é menos valorizado pelos controlos.

## DISCUSSÃO

A adesão ou não adesão dos profissionais de saúde a inovações no sistema de saúde merece um estudo mais aprofundado, principalmente em circunstâncias em que esta adesão fica aquém do que seria permitido pelas limitações

legais ao número inicial de médicos de família aderentes

Interessante notar que, para o grupo de aderentes, é a realização profissional, obtida pela nova forma de organização que aparece em 1º lugar, antes da autonomia profissional, ambos factores de satisfação, na nomenclatura de Herzberg.

No topo das motivações para a não adesão ao RRE está um factor de higiene, a expectativa de que o RRE levaria a uma deterioração de relações de trabalho.

Mas como se pode verificar nos Quadros II e III, os aderentes valorizam mais todos os factores como justificativos da mudança do que os não aderentes os valorizam como factores para a não mudança, reflectindo um sentir mais intenso entre os aderentes.

É preocupante notar que o RRE não parece incentivar um compromisso exclusivo com o sistema público de prestação de cuidados de saúde: entre os aderentes do RRE parece haver uma maior adesão à prática da medicina privada em paralelo com a actividade clínica no sector público.

Este estudo identifica duas sub-po-

## QUADRO II

### MOTIVAÇÕES PARA ADESÃO OU NÃO ADESÃO AO REGIME REUMUNERATÓRIO EXPERIMENTAL

MOTIVAÇÕES PARA TEREM ADERIDO AO RRE: O RRE AFECTA PELA POSITIVA A(S)/O		MOTIVAÇÕES PARA NÃO ADERIREM AO RRE: O RRE AFECTA PELA NEGATIVA A(S)/O	
Motivação	Média do score	Motivação	Média do score
Realização profissional	3,81	Relações no trabalho	7,84
Autonomia profissional	4,42	Autonomia profissional	7,87
Condições de trabalho	4,58	Desempenho institucional	8,03
Desempenho institucional	4,69	Remuneração	8,13
Remuneração	5,33	Condições de trabalho	8,48
Relações no trabalho	5,39	Realização profissional	8,55
Acesso do utente ao profissional	5,53	Acesso do utente ao profissional	8,74
Prestígio profissional	8,92	Estatuto social	9,58
Estatuto social	9,08	Prestígio profissional	9,65

O score das motivações varia entre 1 (mais importante) e 10 (menos importante).

## QUADRO III

VALORIZAÇÃO DOS FACTORES DE SATISFAÇÃO OU DE HIGIENE  
COMO FACTORES MOTIVADORES DA MUDANÇA OU NÃO MUDANÇA

MOTIVAÇÕES ESTUDADAS	HERZBERG: Teoria da Higiene-Motivação	HIERARQUIZAÇÃO	
		Casos	Controlos
Autonomia Profissional Prestígio Realização Profissional	Factores de motivação (satisfação)	5,71	8,69
Estatuto Acesso do Utente ao Profissional Relações de Trabalho Remuneração Condições de Trabalho Desempenho Organizacional	Factores de higiene (pré-condição para a satisfação)	5,77	8,43

O score das motivações varia entre 1 (mais importante) e 10 (sem importância);  $p=0,000$

pulações de médicos de família com características e motivações diferentes. O pacote de incentivos ao melhor desempenho nestas duas sub-populações deveria levar em conta estas diferenças.

Outros aspectos de realçar são a aparente liderança masculina do processo de mudança para o RRE. Igualmente interessante é a importância do internato complementar, e o acesso a informação directamente dos responsáveis do SNS e de responsáveis pelas estruturas associativas como facilitadores de uma cultura mais aberta à mudança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direcção Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Um Futuro para a Medicina de Família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais APMCG, 1991.
2. Rochaix L. Performance-Tied Payment Systems for Physicians. In: Saltman R, Figueras J, Sakellarides C, editors. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Philadelphia: Open University Press Buckingham, 1998: 196-217.
3. Despacho conjunto nº 140/99 dos Ministérios das Finanças e da Saúde de 11 de Fevereiro de 1999.

4. Herzberg F., Mausner, B. e Snyderman B. B. The Motivation to Work. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: John Wiley & Sons, 1959.

5. Herzberg F. One More Time: How do You Motivate Employers, Harvard Business Review, 1968; 46: 53-62.

## Agradecimentos

Este estudo foi realizado no contexto de dois projectos subsidiados pela União Europeia, programa INCO-DC da DGXII: «Medição e monitorização do desempenho em sistemas de saúde em reforma», Contrato nº IC18\*CT9 70239 e «A prática das reformas de saúde: lições para o futuro», contrato nº ERB-IC18-CT98-0346.

Os autores agradecem aos Clínicos Gerais que aceitaram responder ao inquérito e aos Directores dos Centros de Saúde onde se realizou o estudo pelo apoio prestado, à Dr.<sup>a</sup> Luísa Oliveira que fez a maior parte do trabalho de campo, aos Drs. Paula Varandas, Graça Lima, M.<sup>a</sup> José Ribas, Rui Nogueira, José Luís Biscaia, pelos diversos contributos na concepção do estudo, à Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e ao seu presidente, Dr. Luís Pisco, por ter patrocinado este estudo.

Recebido em: 25/09/2001

Aceite para publicação em: 30/03/2002

**WHO JOINED THE EXPERIMENTAL PAYMENT SYSTEM AND WHY**

*This study aims to understand who are the general practitioners who applied to the new experimental payment system (EPS) and why. This was a case-control study in which the target population was formed by general practitioners working in Health Centers at national level. «Cases» were the general practitioners, coordinators or someone appointed by them in each candidate group to the EPS until 31 January 2000, and the «controls» were general practitioners working at the same Health Centers of the «cases» but who did not apply to the EPS. The data collection instrument was a direct administration questionnaire, performed between October 2000 and January 2001.*

*In what concerns the assessed motivations, both «cases» and «controls» attributed the same importance to social status and professional prestige, whereas professional fulfillment, professional autonomy, remuneration, work relations, patient accessibility to the professionals, organizational performance and working conditions clearly seemed to be more valued by «cases» than «controls». This study identifies two subpopulations of general practitioners with different characteristics and motivations. Incentives to a better performance in these two subpopulations must take these differences into account.*

**Keywords:** Motivation; professional satisfaction; general practitioner; payment system.

**Endereço para correspondência:**

Professor Doutor Paulo Ferrinho  
Associação para o Desenvolvimento e  
Cooperação Garcia de Orta  
Rua Frederico Perry Vidal, Bloco 9, 1º piso  
1900-240 Lisboa.  
E-mail: [adcgo@esoterica.pt](mailto:adcgo@esoterica.pt)