

# Adesão ao RRE – Alguns comentários

ANTÓNIO SOUSA ALVIM

**O** estudo de Fátima Hipólito e colaboradores, publicado neste número da Revista<sup>1</sup>, dá-nos informações, antes de mais, sobre motivações para adesão ou não adesão ao Regime Remuneratório Experimental (RRE) que foi o objecto do estudo, mas apresenta ainda alguns dados acessórios que importa analisar. Começamos pelos seguintes:

## 1. Número de grupos aderentes

Quando do lançamento do RRE previa-se que cerca de 500 médicos (mais ou menos 80 grupos) estariam em 2000 em RRE. Verificou-se que, até 31 de Janeiro de 2000, tinham sido apresentadas 76 candidaturas, embora o autor do estudo apenas tivesse conseguido identificar 38 (50%). Sabe-se que, embora não seja referido no estudo, nesta altura estavam a funcionar apenas cerca de 11 grupos e no presente haverá cerca de 20.

**Comentário:** houve uma discrepância grande entre as expectativas de adesão e a realidade. Será talvez importante estudar o porquê. Falta de informação? Falta de motivação dos Médicos ou receio do desconhecido e de várias questões importantes, como a contagem dos anos para a reforma que não estavam esclarecidas? Falha das estruturas

Administrativas? Seria igualmente importante saber quais os motivos porque o autor apenas conseguiu identificar metade dos grupos que se pré-candidataram. Candidaturas inconsequentes? Boicote à informação por parte das ARS?

## 2. Características dos casos e do controlos

Enquanto nos grupos RRE as respostas foram do coordenador (e seria importante saber em quantos casos não foi assim) já a escolha dos controlos parece mais nebulosa. Deveria, talvez, ter sido identificado, de facto, em quantos casos se seguiu o critério aleatório do médico com o gabinete mais próximo (e o mais perto da porta de entrada quando em instalações fisicamente separadas) ou se as respostas ficaram a cargo de alguém indicado para representar o Centro de Saúde, com mais peso institucional. Seria igualmente interessante conhecer as idades e ano de licenciatura dos casos e dos controlos. Quanto ao sexo, no caso dos grupos em RRE, 50% eram do sexo masculino. No controlo, apenas 25%. No tocante à via de acesso à carreira: Internato apenas 22 % nos casos e 8% nos controlos. Exclusividade e actividade no sector privado: 50 e 53 % nos casos e 20% nos controlos.

**Comentário:** O predomínio masculino nos casos pode ser explicada com o predomínio de actividade privada que também se verifica. Em-

bora não conheça números (e seria útil que este levantamento fosse feito) existe a ideia corrente de que as mulheres aderiram mais fortemente à exclusividade.

A existência de actividade privada em mais de 50% dos casos e a sua pouca expressão nos controlos terá três significados: (i) Aproveitar o grande salto remuneratório que o RRE representa para quem não tem exclusividade (entre o dobro e o triplo do ordenado), (ii) maior insatisfação e dificuldade de adaptação ao *status quo* dos Centros de Saúde clássicos por parte de quem tem um perfil mais liberal e (iii) maior capacidade de liderança ou motivação por parte de quem tem actividade privada e não tem exclusividade. Aqui não se sabe se os casos representam a realidade dos médicos de família em RRE. Poderá ser que, como neles a motivação é mais forte (remuneração e inadequação ao sistema clássico), tenha partido deles a iniciativa da constituição do grupo e, em consequência, terem assumido naturalmente a liderança.

Já a via de acesso não parece ter relevância (apenas 22 % nos casos e ainda menos nos controlos) a não ser se se estabelecer uma relação com a idade. Médicos com Internato serão provavelmente mais novos. Médicos mais novos estarão mais disponíveis para soluções mais abertas do que médicos já a pensarem na reforma. Também se se verificar que nos controlos existe um predomínio de representantes institucionais, que certamente são dos mais antigos na carreira e que portanto fizeram a denominada «via longa», se explica que apenas 6% tenham feito o Internato. É mesmo mais um factor de suspeita de que os controlos tenham sido mais institucionais do que aleatórios.

USF Rodrigues Miguéis  
Centro de Saúde de Benfica, Lisboa

Os autores do estudo, contudo, referem que não havia diferenças significativas em relação à idade, antiguidade profissional, prática clínica e outros aspectos sócio-demográficos.

### 3. Fonte de Informação sobre o RRE

Casos – Estruturas do SNS: 61%; estruturas associativas profissionais: 53%; colegas: 25%.

Controlos – Colegas: 77%; estruturas do SNS: 53%; estruturas associativas: 26%.

**Comentário:** Houve, provavelmente, uma motivação diferente na procura de informação entre quem estava insatisfeito e, pressentindo uma oportunidade de mudança para melhor, tratou de ir à procura da informação onde ela estava disponível: estruturas do SNS e associativas (sendo conveniente recordar que, à época, estas quase se confundiam), e aqueles que se encontram relativamente adaptados. Também poderá ser verdade que a motivação fosse mais forte naqueles mais próximos das estruturas associativas bem como com mais fácil acesso à informação.

### 4. Apreciação da Remuneração

O RRE é visto como uma vantagem em termos de remuneração por 96% dos casos e 67% dos controlos.

**Comentário:** Para quem não tinha exclusividade, o RRE (50% dos casos) representa uma mais que óbvia vantagem. Já a importância desta vantagem é menor para quem tem exclusividade. Contudo, dado que 94 % dos casos considerou este aspecto positivamente, vemos que quase 100% de quem tinha exclusividade que aderiu ao RRE consegue identificar uma vantagem, contra apenas 67% dos controlos. Isto deve-se, provavelmente, ao

facto de quem aderiu ao RRE conhecer a realidade e esta ser mal conhecida por quem não aderiu.

### 5. Relacionamento no trabalho

O RRE é visto como uma vantagem em termos de relacionamento no trabalho por 47 % dos casos e 16 % dos controlos.

**Comentário:** Não deixa de ser curioso que, sendo este o segundo item identificado como positivo por mais inquiridos, quer no RRE quer nos controlos, ele apareça como a principal motivação para a não adesão e em sexto lugar nas motivações para a adesão.

### 6. Autonomia profissional

O RRE é visto como uma vantagem em termos de autonomia profissional por 36% dos casos e 9% dos controlos.

**Comentário:** Parece contraditório o facto de apenas 36% dos casos identificarem a autonomia como uma vantagem e esta ser a motivação principal para a adesão ao RRE. Será que, embora desejada, subsistem dúvidas quanto à sua efectividade?

### 7. Realização profissional

O RRE é visto como uma vantagem em termos de realização profissional por 19 % dos casos e 0 % dos controlos.

**Comentário:** Percebe-se que quem não quis mudar não valorize a realização profissional no RRE (0%). Já mais difícil de perceber é que quem aderiu ao RRE e identificou esta questão como a principal motivação, não a identifique como uma vantagem do RRE (apenas 19% dos casos!). Será que em relação à identificação da vantagem se procedeu tendo em conta o seu sentido mais restrito e em relação à motivação o seu sentido mais lato?

Será que existe diferença entre aquilo que é motivação e expectativa e aquilo que é identificado?

Analisemos agora os dados fornecidos por aquele que era o objecto principal do estudo:

### Motivações para adesão ou não adesão ao RRE

Ao efectuar-se a análise do Quadro II do estudo, onde são descritas as motivações, nota-se de imediato uma grande diferença: Quem aderiu ao RRE sabe porque aderiu, com uma valorização abaixo de 5 em 4 dos 10 itens e abaixo de 6 em 8 dos itens. Quem não aderiu não sabe porque não aderiu – todas as motivações para a não adesão estão acima de 7,84.

#### 1. Porque não se aderiu ao RRE

Curiosamente, quem não aderiu aponta (apesar da baixa convicção) como os factores mais fortes para não aderirem ao RRE aqueles que à partida aparecem como os pontos que o RRE se propunha resolver através da entrega da sua resolução aos próprios grupos: relações de trabalho, autonomia profissional, desempenho institucional. Ou seja, passa a sensação de que quem não aderiu ao RRE não sabe bem explicar porque não aderiu. Talvez porque as perguntas eram fechadas e falharam na identificação das motivações realmente importantes para a não adesão?

#### 2. Porque se aderiu ao RRE

Já quanto ao motivo porque se aderiu ao RRE a forte positividade das respostas poderá indicar que as perguntas eram adequadas. De facto elas parecem mais orientadas e apropriadas para encontrar uma motivação da adesão do que para identificar uma motivação para não adesão ao RRE. Será preferível nu-

ma primeira fase, em estudos posteriores, a utilização de pergunta abertas para identificar os motivos de não adesão.

### 3. A realização profissional

Não estranha que a realização profissional seja o factor mais valorizado, isto porque esta resposta não inclui apenas aquilo que é referido nas definições (oportunidades de desenvolvimento profissional que decorrem dos desafios dados pelo RRE). Quer se queira quer não, realização profissional engloba todas as outras componentes da realização pessoal. Assim, todas as outras motivações se encontram dentro desta. Assim, a questão da realização profissional não deve entrar no campeonato das motivações, devendo antes ser o barómetro das expectativas em relação ao RRE por parte de quem aderiu, expectativas que assim se demonstram ser muito positivas.

### 4. A autonomia profissional

Como verdadeira primeira motivação para a adesão ao RRE aparece a questão da autonomia profissional. Curiosamente, é também o segundo motivo mais importante para a não adesão. Como explicar? Por um lado, a importância que é dada à autonomia poderá ser significativamente diferente entre os dois grupos. Por outro, a interpretação do que é a autonomia também pode ser diferente. Haverá uns médicos de família que têm uma noção mais liberal da profissão (num «bom sentido» do termo), cuja realização pessoal passa, antes de mais, pelo exercício da medicina assente na relação directa médico-doente e no assumir inalienável desta responsabilidade. São médicos no SNS apenas por ter sido esta a principal forma que encontraram para pode-

rem exercer a sua profissão. São médicos que recusam a primazia da relação administração – utente e se dão mal com Administrações, Directores, horários, normas, burocracias, etc. que, mais do que facilitar a sua vida, verdadeiramente os atrapalham na sua vocação de médicos. Percebe-se, assim, como a autonomia aparece como o ponto mais alto do RRE. Será também de atender que 50% dos casos não tem exclusividade e pratica actividade privada. Ou seja, têm a experiência e conhecem o gosto da autonomia.

Já quem sempre esteve em exclusividade, como a esmagadora maioria dos controlos, não só não lhe conhece o gosto como, por nunca ter experimentado, a pode recetar. Isto porque a autonomia tem uma contrapartida, e no RRE ela é assumida, que é a *responsabilidade*. Percebe-se que quem nunca experimentou tenha receio do desconhecido e tenha ideias distorcidas e algo fantasmagóricas sobre o assunto. Percebe-se que uns prefiram a segurança da responsabilidade de cumprirem horários, pelo menos enquanto não conhecerem o resultado e o relato da experiência real dos que avançaram primeiro.

Finalmente, o que se entende por autonomia profissional pode ser diferente para os dois grupos. Enquanto os casos tenderão a encarar como autonomia a capacidade de livremente se auto-organizarem e de funcionarem para darem resposta aos seus utentes dentro dos parâmetros de acessibilidade e qualidade, assumindo todo o grupo a responsabilidade do cumprimento dos mesmos, já os controlos poderão encarar como autonomia o exercício individualizado que vêm praticando dentro do SNS, cada um responsável apenas pelos utentes do seu ficheiro e na prática sem te-

rem de dar contas a ninguém para além do cumprimento dos horários. Neste caso percebe-se que para eles seja perda de autonomia terem de dar contas ao grupo e terem de garantir a intersubstituição.

### 5. A remuneração

A remuneração foi a quarta razão para a não mudança e tem uma média de 5,3 nas motivações para a mudança, ocupando exactamente o meio da tabela. Isto explica-se por um lado por uma situação de relativa satisfação com a remuneração de quem tem exclusividade (80% dos controlos e 50% dos casos) e alguma dúvida sobre as vantagens económicas reais de quem tendo exclusividade aderiu ao RRE a par de eventuais prejuízos em termos de reforma uma vez que não havia ainda definições precisas neste campo. A nova Circular Normativa da DGS vem contudo esclarecer definitivamente todos estes pontos e de forma favorável a quem, tendo exclusividade, adira ao RRE<sup>2</sup>. Em relação aos casos não espanta o lugar que ocupa, exactamente no meio, porque são metade aqueles que, não tendo exclusividade, assim conseguem mais de duplicar o seu vencimento, vindo na remuneração uma das principais vantagens; e são metade aqueles que tendo exclusividade não se aperceberam de ganhos significativos neste campo. Assim, se a totalidade dos casos não tivesse exclusividade, certamente a remuneração apareceria como primeira motivação real.

### 6. O prestígio

Importa analisar a questão do prestígio pois a falta de importância que lhe foi atribuída (a par do estatuto social) interfere fortemente no score dos factores de motivação. Existirá, por um lado, o sentimento

de que o prestígio é um falso valor e, por outro, que não é coisa para um Médico de Família que não poderá porventura fazer brilhantes diagnósticos, nem cirurgias miraculosas, nem ter uma equipa de assistentes, nem fazer conferências a expor os seus casos clínicos, nem aparecer na TV. Finalmente existirá, talvez, alguma dificuldade e pudor em reconhecer o prestígio como uma motivação. Não parece bem... Também não se espera que o RRE venha alterar nada neste ponto, que será mais intrínseco e relacionado com tipo de actividade do que com as condições em que ela é exercida. Talvez esta questão se coloque mais numa situação em que o médico seja verdadeiramente independente e detentor das condições de exercício da sua profissão. Talvez quando o prestígio significar ter ou não doentes e isso influir na remuneração. Por agora eles não faltam...

### Discussão e Conclusões

Este estudo é importante pois dele se conclui que quem experimentou/aderiu ao RRE se encontra fortemente motivado o que significa que o sente como uma experiência bem positiva. Entre as principais motivações contam-se a realização profissional, a autonomia profissional e, para os que não tinham exclusividade, a remuneração. Aliás, não se percebe porque os autores do estudo referem que «é preocupante notar que o RRE não parece incentivar um compromisso exclusivo com o sistema público». O grande sucesso do RRE resultou de ser aberto e benéfico para quem não tinha exclusividade. Estes foram uma parte muito significativa dos que responderam à chamada, alicerçados na autoconfiança e experiência conferidas pela sua activi-

dade privada. Sem eles o RRE teria sido um insucesso. Por outro lado, «um compromisso exclusivo com o serviço público» é um conceito ideológico vazio e sem qualquer utilidade real. O importante é aliciar os médicos de família para a maior disponibilidade possível no atendimento dos utentes da sua lista. E isto o RRE consegue. Desde que garantidas as condições de estabilidade e continuidade, será provável que muitos desinvistam da sua actividade privada para se concentrarem nas suas USF/RRE.

Quem não aderiu não foi capaz de identificar razões fortes para não ter aderido. Este é, talvez paradoxalmente, um dos pontos mais fortes deste estudo. Não existem razões objectivas de recusa. A não adesão dever-se-á, assim, mais a uma atitude de passividade e desconfiança prévia. Esperar para ver será talvez o lema. Nos controlos, a informação e a vontade de a obter terá sido insuficiente, o que traduz uma situação de acomodação ao *status quo* e algum receio à mudança e ao desconhecido. A própria designação *Regime Remuneratório Experimental* favorece a desconfiança e a incerteza. «Não é para generalizar, é só para alguns/não é nada comigo». «É experimental/não é para continuar». «De certeza que não é para ficarmos melhor...»

Como conclusões retira-se:

- Que o RRE cumpre nos seus objectivos de satisfação profissional.
- Que quem não aderiu ao RRE não tem motivações objectivas de recusa, assistindo-se antes a uma situação de desconfiança e de esperar para ver.
- Que se os RRE corresponderem às motivações dos que aderiram poderão ser alavancas para o sucesso de um novo regime remunera-

ratório.

- Que a generalização de um regime deste tipo implica:

- Publicitar as experiências RRE como casos de satisfação.
- Ganhos remuneratórios
- Garantias de segurança na mudança
- Legislação sem lacunas
- Informação
- Aposta política clara na generalização dum novo regime, de forma que todos interiorizem que o assunto é mesmo com eles.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hipólito F, Conceição C, Ramos V, Aguiar P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. Quem aderiu ao Regime Remuneratório Experimental e porquê? *Rev Port Clin Geral* 2002; 18 :89-6.
2. Direcção-Geral da Saúde. Regime Remuneratório Experimental para Médicos de Clínica Geral. Circular Normativa 06/GAB/DG de 10/04/02.