

# As diferenças regionais na adesão ao regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral até Janeiro de 2000

CLÁUDIA CONCEIÇÃO\*, ANA RITA ANTUNES\*\*, WIM VAN LERBERGHE\*\*\*, PAULO FERRINHO\*\*\*\*

## RESUMO

*Este trabalho explora as razões que levaram às diferenças regionais de adesão ao Regime Remuneratório Experimental (RRE) até Janeiro de 2000. Considerou-se «adesão» a apresentação de pré-candidaturas que são declarações de intenção de um grupo de médicos e que inicia um processo de negociação com a administração das condições necessárias ao desenvolvimento de um programa de trabalho.*

*Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a uma amostra criteriosa de informadores chave que no ano de 1999 tiveram responsabilidades na concepção e implementação do RRE. A análise de conteúdo das entrevistas fez-se para as categorias: características do RRE, medidas tomadas para dar conhecimento e esclarecimentos sobre o RRE, lições aprendidas com o processo, remuneração de outras profissões da saúde, expectativas em relação à evolução do RRE, razões apontadas para a diferença regional de adesão.*

*O estudo revela deficiências de comunicação entre os diferentes níveis da administração da saúde, pelas diferentes percepções do projecto que apareciam entre os que o conceberam e os que tinham responsabilidades na sua implementação. Por outro lado, parece ser possível ter responsabilidades de gestão do Serviço Nacional de Saúde e explicitamente ignorar os programas e estratégias nacionais. Os factores apontados para as diferentes adesões regionais são essencialmente de dois tipos: os relacionados com características locais e os relacionados com o empenhamento do nível administrativo da saúde e com a assumpção explícita ou não do RRE como prioridade. Muito provavelmente, as diferentes adesões terão mais relação com a determinação das administrações que com factores locais. Para este projecto a abertura e disponibilidade da parte da administração era fundamental. Parece necessário tornar mais claro o processo pelo qual se determinam prioridades a nível nacional, pensar a forma como são envolvidas as pessoas na definição de projectos que terão que implementar e como melhorar a comunicação entre os diferentes níveis da administração da saúde. É essencial desenvolver mecanismos de comprometimento dos gestores do Serviço Nacional de Saúde com as estratégias nacionais, acopladas a mecanismos de responsabilização desses mesmos gestores.*

**Palavras-Chave:** Médico de Família; Sistema de Pagamento; Satisfação Profissional; Incentivos; Organização e Administração; Reforma do Sistema de Saúde.

## 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.

\*Médica, Investigadora, 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;

\*\*Psicóloga, Investigadora, Unidade de Sistemas de Saúde da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO) e Escola Nacional de Saúde Pública;

\*\*\*Médico, Investigador, Unidade de Sistemas de Saúde da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta e Professor, Departamento de Saúde Pública do Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia, Bélgica;

\*\*\*\*Médico, Investigador, 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 Professor, Escola Nacional de Saúde Pública e Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

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 e compensação de inospitalidade<sup>1</sup>. Apesar deste debate, mantemo-nos como 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<sup>3</sup>, 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. O RRE aplica o princípio de que o pagamento aos profissionais deve estar associado, pelo menos em parte, à quantidade e qualidade do seu desempenho.

A Circular Normativa n.º 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>4</sup>.

Para se candidatarem, os médicos 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 aquelas necessárias para a aplicação do novo modelo de remuneração seria também um requisito para a apresentação 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 circular normativa atrás referida previa a criação de Grupos Regionais de Acompanhamento, «órgão de natureza avaliadora e reguladora a quem compete a monitorização do processo das candidaturas e sua implantação» e de Grupos Sub-Regionais de Apoio e Implantação com vista ao desenvolvimento dos processos que assegurassem a apresentação de candidaturas. A negociação e a aceitação de candidaturas seriam feitas ao nível das regiões de saúde. A pré-candidatura seria uma declaração de interesse de um grupo de médicos para desenvolver, com a administração (normalmente o Grupo Sub-Regional de Apoio e Implantação), os esforços necessários à apresentação de uma candidatura. A candidatura representa a fase final deste processo, com identificação do grupo, do programa de acção, e das condições necessárias para a sua persecução.

O RRE é mais que uma forma de remuneração diferente. Concretiza, para as equipas de saúde familiar, a forma de organização prevista pela nova arquitectura organizacional da lei dos Centros de Saúde de 3ª Geração<sup>5</sup>.

A Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG) deliberou criar um núcleo de apoio e desenvolvimento dedicado ao RRE, designado «REMO» que é composto e dinamizado por médicos de família oriundos das

diferentes delegações distritais da APM-CG.

Para apoiar a criação e implementação do RRE e da legislação dos Centros de Saúde de 3ª Geração foram sendo nomeados, na dependência dos diferentes secretários de estado da saúde, grupos de acompanhamento. Em Março de 2000, a equipa nomeada na altura<sup>6</sup> apresentou um relatório com uma primeira apreciação da situação, no terreno, do processo de implementação do RRE. Segundo este relatório, a 31 de Janeiro de 2000, o número de pré-candidaturas ao RRE distribuía-se da seguinte forma pelas diferentes regiões: 52 na ARS do Norte, 16 na ARS de Lisboa, 6 na ARS do Centro, 2 na ARS do Alentejo e não se conhecia a situação na ARS do Algarve (Quadro I).

Os objectivos deste estudo foram explorar as razões que levaram às diferenças regionais de adesão ao RRE e conhecer o processo de implementação do RRE em cada uma das regiões. Foi considerada como «adesão» este primei-

ro movimento dos médicos que apresentaram pré-candidaturas.

### POPULAÇÃO E MÉTODOS

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a uma amostra de informadores-chaves que obedecessem ao critério de no ano de 1999 terem tido responsabilidades na concepção e implementação do RRE: as pessoas de referência, coordenadoras ou ainda pessoas por elas indicadas dos Grupos Regionais de Acompanhamento e dos Grupos Subregionais de Acompanhamento e Implantação do RRE, todos os elementos da Equipa de acompanhamento da reforma e modernização dos Centros de Saúde e ainda os elementos do grupo REMO, de acompanhamento da implementação do RRE da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Pelas suas funções foi admitido que forneceriam informações e opiniões fundamentadas não só numa experiência pessoal, mas tam-

#### QUADRO I

##### NÚMERO DE PRÉ-CANDIDATURAS E ESTIMATIVA DE PERCENTAGEM DE CENTROS DE SAÚDE COM UMA CANDIDATURA POR REGIÃO DE SAÚDE, A 31 DE JANEIRO DE 2000

Administrações Regionais de Saúde	Total de Pré-candidaturas*	Nº Centros de Saúde**	% de CS com uma Candidatura***
Norte	52	103	50,4
Centro	6	109	5,5
Lisboa e Vale do Tejo	16	84	19,0
Alentejo	2	44	4,5
Algarve	(Informação não fornecida)		

\*Situação a 31 de Janeiro de 2000 segundo o Relatório da Equipa de Acompanhamento «Reforma e modernização dos Centros de Saúde. Reorganização, sistema de informação, gestão e novas modalidades remuneratórias aos profissionais» datado de Março de 2000.

\*\*Informação fornecida pelo Departamento de Informação e Análise da Direcção Geral da Saúde

\*\*\*Para relativizar o número de pré-candidaturas em relação ao número de Centros de Saúde de cada região de saúde, admitiu-se que cada Centro de Saúde teria apresentado uma candidatura (sabendo, no entanto, que nalguns casos houve mais que uma candidatura e noutros não houve nenhuma)

bém numa ampla experiência colectiva (pelo trabalho de divulgação, acompanhamento e reflexão realizado).

Foram feitos contactos telefónicos solicitando entrevista aos elementos atrás referidos. De um total de 33 elementos (há alguns casos de pertença a mais que um grupo) dois recusaram participar no estudo (Quadro II). A identidade dos entrevistados é confidencial. As entrevistas foram gravadas, após consentimento (que se verificou para todos os entrevistados) e foram realizadas por um único entrevistador, entre Outubro de 2000 e Fevereiro de 2001. Foi pedido aos entrevistados que se reportassem à situação em 1999 e dessem opinião acerca do RRE, em termos de potencialidades e fraquezas do projecto, outras opiniões conhecidas ao longo do processo de implementação, medidas tomadas para a divulgação, condições que deveriam ter existido para possibilitar uma evolução mais favorável do RRE, opinião sobre a extensão de formas diferentes de remuneração a outras profissões na saúde, expectativas de evolução do RRE, e sobre as razões para as diferenças regionais de adesão. Se não fosse explicitamente referido, era pedido comentário sobre o RRE em termos de autonomia profissional, satisfação profissional e dos utentes, acessibilidade dos utentes, sistemas de informação, e se a diferença regional de implementação poderia estar relacionada com questões político-partidárias.

As entrevistas foram transcritas e realizada uma análise de conteúdo. A transcrição foi realizada por duas pessoas, uma das quais fazia reaudição das entrevistas conferindo o texto transcrito. A análise foi feita desestruturando o texto nas seguintes categorias: 1. Características do RRE (potencialidades e fraquezas), 2. Medidas tomadas

QUADRO II	
NUMERO DE ENTREVISTAS SOLICITADAS E CONCEDIDAS	
	Entrevistas Concedidas/ Entrevistas Solicitadas
Grupos Regionais de Acompanhamento	4/5
Grupos Subregionais de Apoio e Implantação	18/18
Equipa de acompanhamento da reforma e modernização dos Centros de Saúde	9/10
Núcleo REMO da APMCG	5/5

para dar conhecimento e esclarecimentos sobre o RRE, 3. Lições aprendidas com o processo (condições necessárias a uma evolução mais favorável, erros cometidos), 4. Remuneração de outras profissões da saúde, 5. Expectativas em relação à evolução do RRE, 6. Razões apontadas para a diferença regional de adesão (apresentação de pré-candidaturas). A afectação de excertos de texto a cada uma das categorias foi realizada por dois dos investigadores, por consenso, e a interpretação subsequente foi

QUADRO III
OPINIÕES DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO A VANTAGENS DO RRE, POR ORDEM DECRESCENTE DE FREQUÊNCIA DE ENUNCIÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatização do sistema de informação e do processo clínico</li> <li>• Autonomia profissional</li> <li>• Remuneração associada ao desempenho</li> <li>• Acessibilidade</li> <li>• Forma diferente de organização</li> <li>• Satisfação profissional</li> <li>• Melhores condições de trabalho para os profissionais</li> <li>• Satisfação dos utentes</li> <li>• Trabalho de equipa</li> <li>• Escolha da equipa de trabalho</li> <li>• Remuneração</li> <li>• Continuidade de cuidados/intersubstituição</li> <li>• Contratualização</li> <li>• Avaliação de qualidade</li> </ul>

## QUADRO IV

## OPINIÕES DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO A DESVANTAGENS DO RRE POR ORDEM DECRESCENTE DE FREQUÊNCIA DE ENUNCIÇÃO

- Remuneração
- Alterações nas relações de trabalho e de poder dentro dos Centros de Saúde
- Regimes remuneratórios diferentes para os diferentes grupos profissionais
- Inexistência de sistemas de informação adequados ao projecto
- Aspectos não contemplados na legislação
- CS com internamento
  - Regiões com população dispersa (níveis críticos de população difíceis de atingir)
  - Necessidade de atendimento 24 horas por dia (por isolamento geográfico ou pelo internamento)
  - Unidades de saúde com menos de três médicos
- Aspectos ainda não regulamentados
  - Contagem de tempo de serviço para efeitos de reforma
  - Base remuneratória para incidência de descontos e outros cálculos
- Mudança a realizar no seio da Administração Pública
  - Algoritmo de remuneração complexo
  - A não existência prévia de orçamentos para este projecto (instalações)
  - A não concorrência de todos os sectores da administração para a realização do projecto:
    - ao nível central (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Caixa Geral de Aposentações)
    - ao nível regional (ARS e Sub-regiões)
- Grupo de trabalho multiprofissional mas da iniciativa do grupo profissional dos médicos
- Cultura de desconfiança em relação a inovações propostas
- Carácter experimental

realizada por todos os autores.

### RESULTADOS

As vantagens/potencialidades e desvantagens/fraquezas do RRE apontadas pelos entrevistados estão apresentadas nos Quadros III e IV. Os factores que podem ter contribuído para as diferenças regionais de adesão, na opinião dos entrevistados, estão enunciados no Quadro V.

### DISCUSSÃO

As dificuldades técnicas na audição de algumas fitas, o erro do entrevistador que deixa «passar» algumas das características para as quais se queria, à parti-

da, opinião e o aparecimento de características enunciadas por alguns, mas para as quais não tínhamos o pensamento dos outros entrevistados e ainda o facto da amostra não ser, eventualmente, representativa, fazem com que o valor da frequência de enunciação de cada característica não seja apresentado pelo risco de generalização e pelo carácter exploratório do trabalho. No entanto, a ordem da apresentação das características respeita, de forma decrescente, o número de vezes que elas são apresentadas.

#### O sistema de informação

O sistema de informação previsto para o RRE foi a característica que mais espaço ocupou nas entrevistas concedidas e não foi um assunto emocionalmente neutro. O aspecto mais focado

## QUADRO V

## FACTORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA AS DIFERENÇAS REGIONAIS NA APRESENTAÇÃO DE PRÉ-CANDIDATURAS AO RRE DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL ATÉ JANEIRO DE 2000

**Ao nível administrativo (ARS e Sub-região)**

- Liderança/empenhamento dos responsáveis
- RRE estabelecido como prioridade, ou não, implícita ou explicitamente

**Ao nível de contexto local**

- Escassez de pessoal médico, com recurso a horas extraordinárias torna o RRE não competitivo em termos de remuneração.
- Dispersão geográfica dificulta o atingimento de níveis críticos de utentes e profissionais
- Possibilidade de ter melhores instalações
- Autonomia como oportunidade ou como limitação à liberdade individual
- Experiências organizacionais inovadoras anteriores

nas entrevistas foi o SINUS II, nome de uma aplicação informática de apoio ao registo clínico. Os entrevistados, conforme tinham tido mais ou menos contacto com as diferentes versões do SINUS II ou programas semelhantes alongavam-se nos elogios às potencialidades desta ferramenta de trabalho «absolutamente essencial», «instrumento facilitador da própria organização».

A promessa deste instrumento foi utilizado para aliciar as pessoas para o projecto: «o SINUS II é simultaneamente um instrumento indispensável, e simultaneamente, ele também um incentivo à adesão dos colegas», «E dissemos: Olhe ele vai ter vantagens, porque vai retirar uma série de tarefas administrativas aos profissionais de saúde, muito concretamente, aos que estão na prestação que são médicos e enfermeiros. Estas tarefas vão ser retiradas, todas de âmbito administrativo, que vão ter um programzinho informático que resolve todas estas tarefas.» Mas, o facto é que o programa previsto não foi disponibilizado até à realização do última entrevista: «o projecto foi todo feito, todo preparado, e estava perfeitamente capaz de começar. Talvez não fosse a aplicação informática ideal, o supra-sumo, a ultima novidade em aplicação in-

formática, mas sim, tinha aquilo que era fundamental e era um ponto de partida», «Os responsáveis dos grupos estiveram horas dentro do IGIF a fazer formação para utilizar o SINUS, o SINUS II, os médicos, não é? Os responsáveis de cada grupo... fez-se duas secções de formação, em que eles estiveram nas salas do IGIF com os computadores um dia inteiro a treinar, a fazer, a brincar com o computador, a saber como utilizar, etc. E em simultâneo, (...) o processo todo de aquisição dos equipamentos, montar as cabelagens nas salas, etc. E depois, no fim, alguém tomou a decisão de parar tudo, não é? E dizer que isto se calhar não é o ideal, o melhor é pensar outra vez».

As perplexidades perante este processo e a falta que um qualquer módulo clínico está a fazer repetiram-se ao longo das entrevistas: «Faltam peças estruturantes, faltam porquê, são questões pertinentes», «Esse é um dos constrangimentos. Nós, neste momento, não termos, ainda, no terreno, um módulo clínico implementado», «Sem sistema de informação, é um boicote total a todo o processo» «eu penso que é o que é mais grave em relação à situação, é os colegas terem aderido ao projecto e não termos nenhuma garantia de que vamos



poder medir, de facto, e com fiabilidade, o que eles fazem. E que podem ser apelidados de trabalhar mal ou trabalhar bem de acordo com as disposições de quem na altura estiver a avaliar. Portanto, este aspecto é que eu acho gravíssimo», «porque o Ministério pura e simplesmente bloqueou a utilização do SINUS II, não é? A propósito de que iria lançar um concurso público para um módulo clínico que seria, talvez, o último grito, mas que até hoje não apareceu. Portanto, eu penso que a história do SINUS II é das histórias mais tristes do Ministério da Saúde, e de facto, penso que não foi uma relação muito leal entre a administração central e os colegas que aderiram», «é muito diferente a gente dizer que «sim senhor» até aceita prestar trabalho a uma população de 2000 quando tem estes instrumentos de facilitação, ou ser, no fundo, enganado com o facto de que poderá aceitar uma população maior, mas na prática lhe retiram o tapete em relação aos instrumentos facilitadores e de organização, não é?».

Os grupos que começaram a trabalhar tiveram que fazer recurso de «algumas formas, entre artesanais e informáticas de ultrapassar a espera do SINUS II».

Finalmente, de registar as consequências pessoais para os que se envolveram, aos níveis periféricos da administração, na implementação: «Demos a cara de acordo com informações que tínhamos e hoje temos alguma dificuldade quando vamos falar com os interlocutores.» «Eh pá, tu alinhá aí, que nós temos informática, informática e com aplicações clínicas, de modo que vais trabalhar mais, mas vais ganhar tempo aqui, alivias-te disto e não sei quê... e o pessoal...(...) e isso foi uma banhada... uma banhada autêntica... e isso foi grave» «E neste aspecto eu penso que (os colegas) foram perfeitamente defraudados nas suas expectativas. E eu penalizo-me por isso,

apesar de não ter tido capacidade de ultrapassar as dificuldades».

### A autonomia

A autonomia dos profissionais parece ser o aspecto mais controverso, visto como uma oportunidade por muitos e como uma ameaça à liberdade individual por outros tantos. Oportunidade de «assumir mais, mas assumir integralmente», com acréscimo de responsabilidade, com risco, mas alterando as relações hierárquicas institucionais, inter pares e entre profissões. Altera a cultura médica talvez dominante «tenho independência científica e técnica, não tenho mais contas a dar, está no decreto-lei». Como disse um entrevistado «O RRE obriga a haver *guidelines*, não sei quê, ou seja, põe alguma canga que eles agora não têm». De facto a palavra «canga» foi usada por um outro entrevistado mas com o sentido oposto. Falava da autonomia como motivação para adesão dos clínicos ao RRE «para saírem debaixo da canga». Altera as relações de poder: «até que ponto é que a autonomia destes grupos também não vai colidir com o organigrama hierárquico» do centro de saúde «Isto são questões de poder». Num trabalho publicado<sup>7</sup> sobre as motivações para a adesão ao RRE, a autonomia foi a segunda motivação apontada, precedida pela realização profissional pelos aderentes, e a mesma autonomia foi também a segunda motivação referida para não adesão pelos controlos. No estudo referido, a integração num grupo parece ter sido encarada, pelos controlos, como perda de autonomia individual ao ter que actuar de acordo com normas, procedimentos e objectivos preestabelecidos com outros.

### A remuneração

O valor da remuneração parece ser, de facto, uma fraqueza para um projecto que pede mais responsabilidades e submete os participantes a processos de

avaliação: «Bem, a maior parte das pessoas ou um grupo significativo de pessoas não aderiu por questões de remuneração. Porque quem estivesse em 42 horas em exclusividade, ou pouco ganhava ou não ganhava nada (...) fizeram contas e porque repare, quer dizer, quem está em 42 horas o vencimento base vai descer para 35 e depois, no fundo, tem que trabalhar mais para ganhar o mesmo», «Portanto, não há hipóteses, por outro lado têm que ser avaliados, neste momento não estão, e ganham muito mais dinheiro. Não funciona»

No estudo já referido atrás<sup>7</sup> apesar de mais de metade dos aderentes estudados considerarem que a remuneração é uma vantagem, essa motivação aparece, por ordem de valorização, depois da realização profissional, autonomia profissional, condições de trabalho e desempenho institucional. Isto é: os clínicos gerais que aderiram ao RRE não o parecem ter feito pelas suas vantagens financeiras.

### **Um RRE para o litoral urbano e outro para o interior?**

As opiniões não são unânimes mas o «interior» queixa-se de este projecto não dar espaço às suas características próprias. Dois entrevistados argumentaram, por exemplo, que em meio rural não há necessidade de formalização de continuidade de cuidados porque as pessoas sabem quem é o médico e onde mora: «Nas cidades a Sra. Dra., é a Sra. Dra. das 9 à 1, e mal põe o pé fora do centro de saúde ninguém sabe onde ele está e nem onde mora, mas eu estou num concelho rural. E chegam-me a telefonar para casa à noite, «Oh senhor doutor aquele medicamento que o senhor doutor me receitou, hoje de manhã, esqueci-me: é para tomar quantas vezes ao dia?». Nos centros de saúde rurais, os doentes sabem onde é que os médicos moram. Têm o meu número de telefone, sabem onde eu

moro, sabem onde eu estou».

### **A implementação do RRE**

O facto da entrevista ter lugar mais de um ano depois do período em estudo e ser difícil para alguns entrevistados lembrarem-se do que foi feito, faz-nos olhar com cuidado os resultados e a associação entre o tipo de actividades desenvolvidas e o grau de adesão. No entanto, o nível de envolvimento das estruturas administrativas na resolução dos inúmeros pequenos problemas que se levantam à volta da organização destas unidades de saúde familiar, que vão desorganizar os locais a partir dos quais se querem formar, foi marcadamente diferente nas regiões. Apenas na região de saúde com o maior número de pré-candidaturas houve intervenção da região de saúde para procurar mediar conflitos e propor soluções. Inclusive, como nos foi referido, as mobilizações de pessoal médico e das outras carreiras foi permitido mantendo alguns princípios. Um dos «princípios é que a população não pode ser afectada pelas nossas ideias de reorganizar». Nalgumas sub-regiões houve o cuidado de acompanhar de muito perto todos os que quiseram iniciar um processo, porque não é esperado que a «pessoas que não aprenderam a se auto-organizar, a fazer projectos, a inovarem» se possa atirar «para a mão um diploma e depois ser dito: agora organizem-se e façam». Outras sub-regiões não admitiram candidaturas que não envolvessem todos os profissionais de uma mesma unidade de saúde para evitar dificuldades com o destino a dar a profissionais excluídos no processo de escolha da equipa ou com colocações de profissionais em vagas deixadas livres pelos que se deslocam para outra unidade para aí constituir um grupo RRE.

### **Um regime remuneratório para a equipa de saúde?**

Das lições aprendidas, parece incon-



tornável, para o futuro, pensar em formas de associar a remuneração ao desempenho de todos os profissionais envolvidos. Numa experiência semelhante, em Barcelona, há incentivos financeiros individuais, mas também para a equipa, quando se vêem atingidos determinados objectivos pré-determinados<sup>8</sup>.

Entretanto, a iniciativa e liderança do processo de trabalho multiprofissional, em equipa, cabia a médicos, uma desvantagem apontada ao projecto, num tempo em que se questionam funções das profissões da saúde, em que a enfermagem sofre transformações rápidas e profundas em Portugal e em que o trabalho, na saúde, é cada vez mais interdisciplinar e se quer dirigido às pessoas e à sua capacitação para protegerem a sua saúde.

#### **As expectativas**

Pelo tom das entrevistas, o processo do RRE não fortaleceu a confiança dos profissionais na administração, nem dos responsáveis locais em relação à administração central. O SINUS II é o exemplo mais forte. Para muitos profissionais, os sinais dos níveis administrativos foram contraditórios: por um lado convidam a uma experiência nova organizativa e remuneratória, por outro semeiam o caminho de dificuldades, e requisitos não cumpridos (veja-se as múltiplas histórias de pré-candidaturas à espera de resposta ou de candidaturas aprovadas à espera de poder começar).

#### **As diferenças de implementação**

Em relação a esta questão notou-se que os entrevistados da equipa de acompanhamento e do grupo REMO já haviam pensado sobre o assunto e conversado entre eles sobre as razões que teriam levado a que o projecto suscitasse interesses diferentes nas regiões. Já o mesmo não se notou nas restantes entrevistas. Alguns entrevistados não conheciam os dados fornecidos pelo rela-

tório e limitaram-se a explicar as razões de interesse, ou não, do projecto, para o seu local. Por outro lado, há locais onde do RRE só parecem ter chegado as contas, de facto. Pouco mais era valorizado na apreciação do projecto. Isto questiona a capacidade de comunicar. Alguma coisa ficou pelo caminho entre as razões de quem esteve na origem do projecto e alguns que o teriam que implementar. A comunicação terá, certamente, que ser uma área a merecer mais atenção de futuro.

A região com maior adesão afirma que o Conselho de Administração «acreditou muito neste projecto» tendo participado em muitas reuniões preparatórias e tendo o elemento do Conselho de Administração encarregue do Grupo Regional de Acompanhamento estabelecido o RRE como prioridade: «se é regime remuneratório, tem prioridade sobre todas as prioridades... as pessoas sabiam que tinham ali todo o apoio». Ao contrário, uma das regiões em que a adesão foi das mais baixas, o RRE não parece ter sido prioridade: «desenvolveu-se de um modo natural, não houve pressões, para sim, nem houve pressões para não». Muito provavelmente, as diferentes adesões terão mais relação com a determinação das Administrações que com factores locais. Para este projecto a abertura e disponibilidade da parte da administração era fundamental. Por outro lado não deixa de merecer comentário que ainda seja possível ter responsabilidades de gestão do Serviço Nacional de Saúde e explicitamente ignorar os programas e estratégias nacionais.

Parece necessário tornar mais claro o processo pelo qual se determinam prioridades a nível nacional, pensar a forma como são envolvidas as pessoas na definição de projectos que terão que implementar e como melhorar a comunicação entre os diferentes níveis da administração da saúde. É essencial desenvolver mecanismos de comprometo

timento dos gestores do Serviço Nacional de Saúde com as estratégias nacionais, acopladas a mecanismos de responsabilização desses mesmos gestores.

### 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. Decreto Lei nº117/98, de 5 de Maio.
4. Despacho conjunto n.º 140/99 dos Ministérios das Finanças e da Saúde de 11 de Fevereiro de 1999.
5. Decreto Lei nº157/99, de 10 de Maio.
6. Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 7 de Dezembro de 1999.
7. Hipolito F, Conceição C, Ramos V, Aguiar P, Lerberghe, W V, Ferrinho P. Quem aderiu ao

regime remuneratório experimental e porquê? Rev Port Clin Geral 2002; 18: 89-96.

8. Avilés CM, Forns JR. Performance management in the Vila Olímpica primary care centre in Barcelona. Studies in Health Services Organisation & Policy 2000; 16: 113-117.

### 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 todos os que aceitaram contribuir para este estudo concedendo entrevistas.

### Endereço para correspondência:

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

Recebido para publicação em: 16/12/02  
Aceite para publicação em: 06/03/03

### REGIONAL DIFFERENCES IN ADHERENCE OF GENERAL PRACTITIONERS TO THE EXPERIMENTAL PAYMENT SYSTEM UNTIL JANUARY 2000

#### ABSTRACT

*In this paper we explore the reasons leading to differences in adherence to the experimental payment system (EPS) until January 2000. "Adherence" was defined as the forwarding of declarations of intention by a group of doctors starting a negotiation process with the administration on the terms for a work program. Semi-structured interviews to a selected sample of key informants who had a role in the conception and implementation of the EPS were performed. Content analysis of the interviews was made for EPS characteristics, measures taken to disseminate knowledge and information about the EPS, lessons learned in the process, payment of other health professionals, expectations about the evolution of the EPS and reasons for the regional differences in adherence to EPS.*

*This study shows communication deficiencies between the different levels of health administration, because of different perceptions of the project between those who conceived it and those who had implementation responsibilities. It seems it is possible to have management responsibilities in the National Health Service (NHS) explicitly ignore national strategies and programs. Factors indicated for different regional adherence are on the whole of two kinds: relating to local characteristics and related to health administration commitment and the assumption, either explicit or not, of the EPS as a priority. Most probably different adherence levels are more related to administration commitment than to local factors. Openness and availability of the administration to this project was paramount. A clearer process for defining national priorities, how to involve in the definition of projects those who will be responsible for their implementation and improving communication between the different levels of the health administration seem necessary steps. Mechanisms binding NHS managers to national strategies, along with accountability measures, are essential.*

#### Key words:

*Family Doctor; Payment System; Professional Satisfaction; Incentives; Organization and Administration; Health System Reform.*