

Incentivos em saúde: em busca de um modelo para Portugal

ALEXANDRE TOMÁS
PAULO K. MOREIRA

O sector da saúde possui características específicas que é essencial ter em consideração quando se pretendem introduzir metodologias de incentivos na prestação de cuidados de saúde.

As inúmeras alterações de ordem económica, política e socioprofissional, o aumento crescente de complexidade que caracteriza as unidades prestadoras de cuidados de saúde e a própria evolução das responsabilidades individual e social sobre a saúde, motivaram o «ensaio» da aplicação de incentivos, por parte dos Serviços Nacionais de Saúde, quer aos profissionais, quer às organizações prestadoras de cuidados.

Estabelecemos como objectivo geral do nosso estudo: conhecer o processo de implementação da metodologia de Incentivos à prestação de cuidados de saúde em unidades hospitalares em Portugal.

□

Paulo K. Moreira é professor da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL; doutor desde 1998 em Health Management pela University of Manchester; director do *Journal of Marketing and Management in Health*, a revista científica da European Association of Health Management (EHMA).

Alexandre Tomás é professor assistente na Universidade Atlântica, doutorando da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL.

Entregue em Fevereiro de 2009

Definimos como objectivos específicos:

- Identificar os objectivos que as organizações definiram para introduzir incentivos;
- Descrever os impactos verificados com a implementação de incentivos;
- Conhecer os resultados obtidos;
- Identificar as dificuldades sentidas no processo de implementação de incentivos.

Realizámos um estudo de carácter descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa.

Para a recolha de dados procedemos à realização de entrevistas semi-estruturadas em profundidade a profissionais com responsabilidade de chefia/liderança dos processo de incentivos em unidades Hospitalares Portuguesas que aceitaram colaborar no estudo, no período de Março a Maio de 2007, tendo efectuado a respectiva análise de conteúdo de acordo com o método de Lawrence Bardin.

Do estudo exploratório efectuado, considerando a análise de conteúdo das 6 entrevistas em profundidade realizadas, realçamos que o impacto dos incentivos foi verificado ao nível da:

- melhoria de acesso a cuidados de saúde;
- melhoria da qualidade da prestação de cuidados, na relação directa com os indicadores utilizados;
- utilização de «guidelines» clínicas;
- satisfação dos profissionais de saúde, manifestada pelo interesse em serem devidamente avaliados;
- mudança cultural e organizacional das unidades prestadoras de cuidados hospitalares, nomeadamente na implementação da gestão por objectivos.

Foram identificadas dificuldades de implementação da metodologia de incentivos, nomeadamente no que concerne a:

- definição de objectivos para todos os grupos profissionais;
- existência de indicadores fiáveis, mensuráveis e ajustados a cada grupo profissional;
- avaliação de desempenho por parte da «gestão intermédia»;
- utilização/existência de sistemas de informação integrados.

Neste sentido, consideramos que a metodologia de incentivos pode ser um instrumento de gestão eficiente, sendo imperativo, por um lado, a definição clara de objectivos, indicadores, e critérios de inclusão/exclusão dos profissionais a incentivar e, por outro, a necessidade de monitorização efectiva, nomeadamente com recurso a sistemas de informação integrados.

Palavras-chave: incentivos; gestão hospitalar; performance de equipa; reforma de modelos de gestão; pesquisa qualitativa.

1. Introdução

O sector da saúde possui características específicas que são essenciais ter em consideração quando se pretende introduzir metodologias de incentivos na prestação de cuidados de saúde.

De entre as várias especificidades, salienta-se a relação de agência imperfeita existente entre os prestadores de cuidados (agente) e o pagador (principal, no caso dos NHS, o Estado).

Esta relação de agência resulta da assimetria de informação existente entre os dois intervenientes, verificando-se, em potencial, a existência de indução da procura de cuidados de saúde.

O agente (clínico), pelo seu nível de conhecimentos, pela autonomia nos processos de decisão clínica e pela maior informação que possui quanto ao impacto/resultados das suas actividades, assume-se como elemento central na análise e implementação de metodologia de incentivos.

Estes aspectos poderão ter implicações na identificação dos factores que influenciam a performance dos profissionais, na definição de indicadores de qualidade assim como na motivação/apetência que possuem para «responder» aos incentivos.

O Estado e as instituições públicas prestadoras de cuidados de saúde, na relação que foram estabelecendo com os profissionais de saúde, assumiram que as componentes éticas e deontológicas específicas dos clínicos eram garante suficiente para que os cui-

dados prestados fossem aqueles que mais favoreciam os utentes, independentemente do controle dos custos associados à prestação de cuidados.

Contudo, as inúmeras alterações de ordem económica, política e socioprofissional, o aumento crescente de complexidade que caracteriza as unidades prestadoras de cuidados de saúde e a própria evolução das responsabilidades individual e social sobre a saúde, motivaram o «ensaio» da aplicação de incentivos, por parte dos Sistemas Nacionais de Saúde, quer aos profissionais, quer às organizações prestadoras de cuidados.

Decorrentes destas aplicações, destacam-se determinadas evidências que motivam e sustentam o desenvolvimento do nosso estudo.

As investigações efectuadas sobre incentivos não são unânimes em considerar a existência de uma forma ideal de calcular e implementar esses mesmos incentivos, requerendo para tal a definição de um desenho cauteloso (Petersen *et al.*, 2006).

Existem aspectos que são transversais às várias análises, como sejam: performance, qualidade de cuidados prestados, selecção adversa, custos e resultados. Neste sentido, as metodologias de incentivos devem definir previamente o objectivo principal que pretendem atingir (Safavi, 2006).

Com a introdução de incentivos, verifica-se alteração da prática clínica, ao nível de:

- Melhoria da qualidade, através da definição e avaliação de indicadores (Smith e York, 2004);
- Aumento da produtividade através da introdução de competitividade interna no Sistema de Saúde (Quaye, 2003).

No entanto, a resposta dos clínicos aos incentivos nem sempre corresponde à expectativa inicial (Doran *et al.*, 2006).

Petersen *et al.* (2006) refere que um incentivo de apenas 5% pode provocar alteração inicial no comportamento do clínico.

Os incentivos tem-se direccionado preferencialmente para áreas mensuráveis, mas outras há que ficam no âmbito do profissionalismo e motivação moral.

Os incentivos podem alterar parcialmente os valores dos próprios clínicos, podendo reduzir a motivação interna, ficando estes subjugados aos instrumentos financeiros (Roland *et al.*, 2006).

Por outro lado, melhorar a motivação começa por ser um processo de ajuste de expectativas organizacionais, sendo executado através do conhecimento do perfil de cada indivíduo (Paleologou *et al.*, 2006).

Se a actividade que for considerada como relevante por parte do pagador, for baseada em trabalho de equipa multidisciplinar, o incentivo deverá ser para

a equipa. Contudo, o resultado dos incentivos, quando estes são direccionados para um grupo de prestadores ou para um determinado nível de um hospital (departamento), é menor, quando comparado com incentivos individuais, porque os clínicos não conseguem obter/verificar um ganho directo do seu esforço.

Quando comparados dois serviços, em que num deles existe uma metodologia de incentivos à performance, verifica-se que o desempenho dos profissionais nesse serviço responde ao incentivo pré-definido (Eggleston, 2005).

Neste sentido, estabelecemos como objectivo geral do nosso estudo: conhecer o processo de implementação da metodologia de incentivos à prestação de cuidados de saúde em unidades hospitalares em Portugal.

Definimos como objectivos específicos:

- Identificar os objectivos que as organizações definiram para introduzir incentivos;
- Descrever os impactos verificados com a implementação de incentivos;
- Conhecer os resultados obtidos;
- Identificar as dificuldades sentidas no processo de implementação de incentivos.

Na parte inicial do nosso trabalho apresentaremos os elementos chave de marco conceptual, que decorrem da literatura internacional de referência utilizada.

Em seguida, apresentaremos os resultados obtidos no trabalho empírico desenvolvido, decorrente do tratamento de dados recolhidos.

2. Experiência internacional: uma base conceptual

2.1. Enquadramento teórico

A estrutura da fundamentação teórica deste trabalho baseia-se num conjunto seleccionado de artigos de referência internacional sobre incentivos em cuidados de saúde publicados em revistas da especialidade. Serão apresentados os elementos mais relevantes das investigações acessíveis, no sentido de identificar elementos relevantes para o tema deste trabalho.

2.1.1. Incentivos no sistema de saúde sueco

O modelo de incentivos do sistema de saúde sueco teve início em 1992, tendo direccionando-se para o mercado interno de cuidados hospitalares. Direc-

nado para uma população de 1,7 milhões de habitantes, possuía regras de funcionamento entre prestadores e compradores, separadas.

A responsabilidade da prestação de cuidados a idosos foi transferida para a comunidade sendo que os cuidados «agudos» hospitalares, os serviços de medicina familiar e os cuidados de saúde psiquiátricos e geriátricos foram pagos por resultado, de acordo com um sistema de reembolso.

Neste sistema, os utentes podiam escolher o prestador, uma vez que o financiamento estava «ligado» ao doente (*patient-linked*) sempre que este exercia a liberdade de escolha. Este facto promoveu a competição entre serviços.

Com a implementação deste modelo, verificou-se a promoção de uma orientação dos utentes para os cuidados de saúde primários, sendo reforçada a gestão de cuidados, com base num sistema de contracto com hospitais.

Este procedimento permitiu a diminuição de custos uma vez que as comunidades («*municipalities*») assumiram os respectivos custos com cuidados médicos agudos e cuidados geriátricos, no âmbito dos internamentos hospitalares, resultando num maior efeito (diminuição) de permanência dos utentes em meio hospitalar.

Tendo as alterações no Sistema de Saúde Sueco implicado mudanças organizacionais, Quaye (2003) procurou conhecer a perspectiva dos clínicos face ao modelo. Neste sentido, foram inquiridos, em 1997, 22 clínicos [7 clínicos gerais, 6 clínicos hospitalares, 7 directores de clínica (*chief of clinics*), 2 *deputy chief*]; sendo 15 homens e 7 mulheres; 14 clínicos com mais de 10 anos de exercício e 4 com menos. Dos clínicos inquiridos, mais de metade refere que foi bem informado sobre o modelo.

Os clínicos consideraram que o modelo foi introduzido para diminuir listas de espera para cirurgias, que o foco de atenção é o utente, e que será promovida uma relação entre prestador-comprador sob influência do modelo do Reino Unido.

A maioria referiu que o modelo aumenta a produtividade, diminuiu listas de espera e melhorou o acesso a cuidados de saúde, tendo também suscitado nos clínicos e administradores a importância do controlo dos custos

Os clínicos hospitalares inquiridos neste estudo, referiram que «*diagnostic-related groups*» (DRG) é positivo, mas que o peso do reembolso é pequeno. A maioria referiu que o modelo levou a uma diminuição da demora média de internamento de 13 para 11 dias.

Relativamente à competição entre prestadores, alguns inquiridos referiram que o modelo introduziu competição entre os prestadores.

Grande parte dos clínicos concordou que a competição entre prestadores foi elevada no início, especialmente nos departamentos de medicina e de cirurgia. Desta competição verificou-se o encerramento de algumas unidades hospitalares e uma maior referência de utentes por clínico. No entanto, a intervenção política impediu o encerramento de mais unidades hospitalares.

No que concerne ao impacto dos DRG nos cuidados prestados, cerca de 70% dos clínicos não associaram incentivos económicos a decisões sobre intervenção clínica.

Cerca de 20% relacionaram os DRG com selecção adversa dos utentes e determinação de tipos de intervenções clínicas. Este aspecto exige algum cuidado e análise específica, salientando-se a necessidade de regulação eficaz.

Embora os clínicos não assumam decisões clínicas com base na rentabilidade associada ao utente, parece que pelo menos pensam no controlo dos custos quando prescrevem procedimentos.

Na dimensão Autonomia Profissional, os clínicos inquiridos referiram que a introdução do modelo limitou a sua liberdade em termos clínicos. Quando confrontados com a possibilidade de manutenção deste modelo durante um período de pelo menos cinco anos, os clínicos hospitalares e os clínicos gerais referem que esse facto seria negativo para a sua satisfação.

Os clínicos hospitalares referem que não adquiriram mais *status*, nem através de mais salários, nem por maior reconhecimento social, enquanto que os clínicos gerais referem que o seu *status* social e económico melhorou em relação a outros clínicos, particularmente em relação aos clínicos hospitalares.

A análise da implementação deste novo modelo permitiu aferir que foram introduzidos novos mecanismos de fundos tendo influenciado a forma como os clínicos praticam medicina.

Os DRG e a competição gerada diminuíram os tempos de espera e aumentaram a ligação entre doente e clínicos de referência.

No que respeita à regulação, este modelo exige a introdução de medidas direccionadas para a monitorização e evolução dos serviços prestados, a avaliação da segurança no sistema e para o aumento e melhoria de motivação, incentivos e formação de clínicos gerais.

Após esta avaliação inicial, volvidos 5 anos, Quaye em 2003, inquiriu novamente, 46 clínicos (47,9% (22) especialistas/*deputy chief*), 12,5% (6) internos de medicina, 22,9% (11) cirurgiões, 16,7% (8) outros); sendo 80,9% (37) homens e 19,0% (9) mulheres; dos quais 67% (31) têm mais de 10 anos de exercício e 32,6% (15) têm menos de 10 anos de

exercício, no sentido de identificar as perspectivas dos clínicos face ao modelo implementado.

Nesta fase de estudo, verificou-se que a forma de sistema de reembolso baseado na performance provocou alterações no comportamento dos clínicos. Os clínicos consideram-se mais conscienciosos com os custos e analisam casos clínicos dos utentes tendo por base considerações financeiras.

Os clínicos inquiridos referem que existiu um aumento da produtividade e eficiência, e destes, 77% referem que DRG é uma boa forma de pagamento, sendo para 42% uma boa forma de distribuição de recursos de cuidados de saúde.

Verificou-se, na opinião dos clínicos inquiridos que, para 58% destes, a performance das instituições afecta as situações de trabalho. 54% dos clínicos sentem-se mais pressionados para observarem mais utentes, 70% consideram que os clínicos estão a perder controlo. Por outro lado, 58% dos clínicos estão satisfeitos com a sua prática, parecendo que os clínicos mais novos estão menos satisfeitos.

2.1.2. Impacto dos incentivos no Reino Unido

No Reino Unido desde 1998 tem-se tentado implementar medidas para aumentar a melhoria dos cuidados prestados através de orientações nacionais, criação de novas responsabilidades para os gestores desta área e com a elaboração de um plano de avaliação. Doran *et al.* (2006) e Roland *et al.* (2006) são investigadores com contributos relevantes para a análise da evolução do sistema de saúde do Reino Unido. Em 2004, foi criado o programa de pagamento pela performance, relativa aos clínicos gerais. Este programa pretendia que a actividade destes profissionais crescesse 25%, sendo que o programa «pagamento por performance» aumentava os benefícios de acordo com o desempenho de cada clínico, e regia-se por uma tabela de 146 indicadores que abrangiam dez doenças crónicas: asma, cancro, hipotireoidismo, diabetes, epilepsia, doença obstrutiva pulmonar, doenças cardíacas, hipertensão, saúde mental, acidentes vasculares; assim como organização dos cuidados e experiência com os utentes.

Os cuidados preventivos, os aspectos interpessoais dos cuidados, os utentes com múltiplas co-morbilidades e os cuidados para grupos específicos, crianças, idosos, depressões, outras situações de saúde mental menores não foram consideradas no âmbito dos incentivos.

O sistema de pontos ganhos pelo desempenho era gerado através da proporção de utentes nos quais se verificasse o incremento de terapêuticas com sucesso.

Como preparação para o programa de 2004, os clínicos gerais, enfermeiros e pessoal administrativo, que lidavam com indivíduos com doenças crónicas, melhoraram o uso de registos médicos electrónicos e consequentemente aumentaram o fluxo de informação a nível informático.

No primeiro ano do programa 2004/2005, foram analisados 8105 dados extraídos do sistema informático. Um exemplo de indicador, referente à asma, é a *percentagem de doentes com asma que foram sujeitos a uma observação/consulta nos últimos 15 meses*. Os pontos que o clínico podia obter variam entre 0 e 20, em função de este indicador acontecer em 25% a 70% dos doentes inscritos com esta patologia.

Outro exemplo de indicador, referente à hipertensão arterial, é a *percentagem de doentes com hipertensão que apresentem nos últimos 9 meses tensão arterial inferior ou igual a 150/90 mmHg*. Os pontos que o clínico poderia obter variam entre 0 e 56, em função do indicador acontecer em 25% a 70% dos doentes inscritos com esta patologia.

Com a aplicação deste modelo, a média de ganhos em função dos indicadores, no primeiro ano, foi de 83,4%, determinando-se que as características sócio-demográficas e as práticas profissionais têm resultados modestos embora significativos no desempenho. Os clínicos gerais (GP) conquistaram níveis elevados de ganhos no primeiro ano deste novo contrato. Um pequeno número de práticas pareceu ter conquistado elevados resultados em função da exclusão de inúmeros utentes através das exceções possíveis. Este facto coloca algumas questões quanto à possibilidade de promoção de selecção adversa, reforçando a necessidade de existência de regulação eficaz.

Com a aplicação deste modelo os clínicos gerais tiveram um aumento no seu vencimento de aproximadamente 33%. Os elevados resultados alcançados sugerem que os objectivos principais eram de fácil resolução.

Segundo Roland *et al.* (2006) com a implementação deste modelo verificou-se a contratação de enfermeiros, por parte dos clínicos gerais, para acompanharem utentes em situações crónicas (gestão de casos crónicos), assim como para a triagem de situações menos complexas. Ficando os clínicos gerais mais dedicados a situações clínicas mais complexas. Este facto levou à partilha de regras e responsabilidades quer com enfermeiros quer com instituições que colaboram em actividades não clínicas, como, por exemplo, na promoção de saúde.

Constatou-se também a promoção de melhores relações interpessoais dos clínicos com os outros membros das equipas multidisciplinares.

O aumento de burocracia, associada aos processos organizativos, exigiu sistemas de informação robus-

tos, tendo-se verificando a adopção de metodologias próprias de recolha e registo de informação, por parte dos clínicos gerais.

Este esquema/modelo foi revisto para o período 2006/2007.

Dado que os ganhos foram elevados, verificou-se uma pequena variação nas práticas. Não é surpreendente por isso que factores socio-económicos e demográficos, que afectam profundamente a saúde da população e o acesso aos cuidados de saúde, tenham tido relativamente pouca influência nos ganhos conquistados.

As taxas de exclusão de utentes só foram possíveis de reportar para 30 dos indicadores clínicos, sendo que não será possível determinar a sua representatividade. No sentido de conhecer a perspectiva dos clínicos face ao modelo, foram inquiridos 1035 clínicos gerais (Roland *et al.*, 2006).

Relativamente aos efeitos do novo contrato na qualidade dos cuidados, os inquiridos referiram que a qualidade de cuidados para utentes com situações agudas «manteve-se ou decresceu», que a qualidade de cuidados para utentes com doença crónica «melhorou um pouco», que a qualidade na prevenção «melhorou um pouco» e que a qualidade no geral «manteve-se ou aumentou».

Relativamente aos efeitos previsíveis desta metodologia de contrato no trabalho/vida pessoal dos clínicos gerais, os inquiridos referem que a autonomia «decresceu bastante», a qualidade de vida relacionada com o trabalho «decresceu bastante», o trabalho administrativo «aumentou bastante» e que o trabalho clínico «aumentou bastante».

Decorre destas evidências que, aparentemente, os benefícios de qualidade obtidos aconteceram à custa de mais esforço dispendido por clínicos.

Em termos gerais verificaram-se alterações estruturais na prática, por exemplo, com a contratação de enfermeiros, e que os indicadores são baseados em *guidelines* nacionais.

Por outro lado, verificou-se um aumento do trabalho administrativo, o desenvolvimento e partilha de normas e responsabilidades com profissionais de enfermagem, tendo levado os clínicos gerais a tentarem incorporar na sua prática uma visão holística das situações. Constatou-se que esta metodologia teve ganhos no que concerne ao acompanhamento e vigilância do indivíduo com doenças crónicas, podendo eventualmente ter descurado outros aspectos.

A introdução de um «novo» modelo de organização de cuidados de saúde no Reino Unido permite analisar alguns factores que alicerçam o sucesso destas decisões.

O programa foi concebido com fundos adicionais em vez de se verificarem reestruturações ao programa

implementado. Adicionalmente a esta forma de pagamento, existiram outros custos, para os médicos e decisores políticos, referentes ao desenvolvimento e à implementação de sistemas de informação que monitorizem o programa. Foi necessária uma clara e robusta base de dados para evitar que se pague por melhorias já efectuadas.

A introdução deste novo plano reduz os riscos quer para beneficiários quer para contribuintes, sendo que os pagadores devem considerar a possibilidade de ganhos maiores que as expectativas iniciais.

O risco de um tratamento desadequado pode diminuir com o uso de mecanismos, como é o caso da exclusão, mas deverá ser devidamente monitorizado para prevenir um abuso desta prerrogativa.

A experiência britânica sugere que grandes mudanças nas práticas profissionais podem ser alcançadas através deste novo programa. Porém, qualquer que seja a situação, os incentivos financeiros deverão estar alinhados com os valores médicos profissionais de modo a evitar desigualdades nos tratamentos.

2.1.3. Incentivos baseados nas actividades realizadas pelos clínicos

Na análise desenvolvida por Eggleston (2005), constata-se que um incentivo elevado direccionado para várias tarefas pode ser perverso, quer pelo facto de algumas das tarefas serem de fácil avaliação e outras de difícil, quer pelo facto de múltiplos incentivos poderem vir a beneficiar apenas alguns (poucos) utentes.

Os clínicos são vistos como maximizadores da sua função de utilidade, considerando vários elementos nos seus processos de decisão, como sejam, *status* social e profissional, altruísmo, o custo despendido para prestar cuidados, incerteza na efectividade clínica do tratamento ou satisfação por fazerem o seu trabalho.

Uma vez que o pagamento (incentivo) por performance é imperfeito, tendo em conta a especificidade da qualidade de serviços, deve ser utilizada uma forma de pagamento misto que relacione os incentivos com os esforços para melhoria da qualidade de serviços.

Os incentivos à *performance*, considerando que é uma dimensão individual do clínico e que depende apenas do seu desempenho e esforço, provocam um aumento da actividade do clínico. A qualidade de prestação de serviços também depende de outros factores que vão para além da performance individual do clínico.

Os argumentos económicos para os pagamentos mistos centram-se no combate à selecção adversa e na

manutenção de qualidade, introduzindo alguns incentivos para o controlo de custos.

Considerando a relação entre promoção da qualidade e o aumento dos custos, se se direccionar apenas os incentivos para o controlo dos custos, esse facto poderá desencorajar a procura de qualidade. Existe portanto um objectivo paradoxal, ou seja, se o pagador introduz medidas de contenção de custos, pode influenciar o comportamento do prestador e diminuir a qualidade da prestação.

O método de reembolso pressupõe a partilha de custos, exige o pagamento misto e tem como objectivos a melhoria da qualidade e o controlo de custos. Para a sua concretização existem dois instrumentos:

- Prémios de qualidade (as avaliações métricas da qualidade estão imperfeitamente correlacionadas com reais benefícios sociais);
- Partilha de custos na fonte (*supply-side cost sharing*) (Os custos possíveis de determinar estão imperfeitamente correlacionados com a utilização eficiente e racional dos recursos).

Assumindo que os recursos utilizados e a qualidade são complementares, e o facto da qualidade não ser contratualizada, verifica-se um dilema:

- o pagamento com base na partilha de custos leva ao controlo de custos mas não ao aumento da qualidade;
- diminuir a partilha de custos, promove a qualidade mas aumenta os custos.

A solução pode passar por formas de pagamento misto. Esta forma de pagamento melhora se o pagador for capaz de definir e avaliar qualidade.

Em função desta relação dilemática e potencialmente paradoxal entre custos e qualidade de cuidados, os clínicos podem assumir diferentes comportamentos em função do tipo de metodologia de incentivos.

Neste sentido, considerando que o clínico exerce funções apenas num serviço, o pagamento por performance promove o bem-estar (benefícios) se os incentivos pela qualidade forem baixos e o controlo/partilha de custos for máximo (capitação).

Quando o pagamento pela performance pretende promover directamente a qualidade, o pagador «pode» aplicar o método de partilha de custos (pagamento misto).

À medida que cuidados de elevada qualidade estão associado a elevados custos e as medidas métricas de performance são imperfeitas, o pagamento por *performance* e pagamentos mistos devem ser vistos como complementares e não como substitutos.

Por outro lado, se se considerar que o clínico exerce actividades em dois serviços, contraturalizar um plano de saúde com um prestador para um conjunto de utentes pode assumir várias modalidades: o pagamento prévio por utente, a partilha de custos por cada serviço, os incentivos com pagamento por performance ou o pagamento para motivar/promover a qualidade. Verifica-se uma relação directa entre o esforço de cada serviço e as escolhas de tratamento, porque o aumento do esforço aumenta o benefício marginal do tratamento e o prestador preocupa-se directamente com os benefícios do tratamento para os utentes.

Aumentando/promovendo o esforço no serviço «A» aumenta o custo marginal de promoção de esforço no serviço «B».

Aumentando os incentivos, através do pagamento por performance numa determinada dimensão de qualidade, induz o prestador a direccionar-se para esse serviço, diminuindo nos outros.

Tendo em conta que existem serviços com capacidades diferentes de avaliar qualidade, se for aplicada uma forma de pagamento com forte componente de performance, o prestador aplicar-se-á mais, nos serviços onde melhor se avalia a qualidade.

O pagamento misto permite equilibrar o controlo de custos e os incentivos para a promoção da qualidade, incluindo a resolução dos problemas de existência de várias tarefas.

2.1.4. Factores motivacionais dos profissionais de saúde

Como contributo para a análise de factores de motivação dos profissionais, recorreremos ao estudo desenvolvido por Paleologou *et al.*, realizado em 2006.

A fundamentação teórica desta pesquisa está relacionada com a teoria de motivação das necessidades de Maslow e a teoria dos dois factores de Herzberg.

O instrumento de avaliação foi aplicado a um conjunto de profissionais de cinco hospitais centrais gregos, tendo a amostra sido constituída por 83 médicos, 162 enfermeiros, 108 administrativos, com média de idades 39,3 anos, sendo 69,5% mulheres e 30,5% homens.

O primeiro factor designado de «atributos laborais», contém sete itens e associa a motivação a características particulares do trabalho tais como participação nas decisões, criatividade e desenvolvimento de habilidades. Estas motivações intrínsecas dirigem-se a necessidades próprias geradas por valores interiores que precisam de ser satisfeitos antes da verdadeira sensação de satisfação no trabalho.

O segundo factor é baseado em quatro itens e foi designado como «remuneração». Neste caso, as

motivações assumem cariz extrínseco e são designados como salário, benefícios, pensões e seguros.

O terceiro factor consiste em cinco itens e é designado por «equipa de trabalho». Refere-se às relações profissionais com dirigentes e colegas como principais fontes de satisfação e de motivação.

Por último, o quarto factor consiste em três itens e é designado por «conquistas». Estes referem-se a factores intrínsecos expressos através de valores tais como o respeito e a aceitação social.

O factor *remuneração* reflecte claramente bens necessários tais como segurança e estabilidade que podem ser encontrados num local de trabalho seguro, sendo também importantes os benefícios especiais que incluem pensões e seguros que são motivo de garantia de bem-estar especialmente para os trabalhadores mais velhos.

O factor, *equipa de trabalho* inclui itens relacionados com necessidades sociais tais como sentimentos de pertença, relações e aceitação nos grupos formais e informais.

Analisando a teoria dos dois factores de Herzberg, os elementos *remuneração* e *equipa de trabalho* são «factores de higiene». Mesmo que estes não sejam «factores motivantes» ajudam o trabalhador no cumprimento das suas tarefas.

Por outro lado, factores como *atributos laborais* e *conquistas* são factores motivantes porque criam satisfação do profissional, através da satisfação de necessidades elevadas de cada um.

Uma vez conhecidos os «factores de higiene» e os «factores de motivação», introduzidos por Herzberg, é possível estruturar formas de promover a satisfação no trabalho e encorajar o trabalhador a uma melhoria no desempenho (Paleologou *et al.*, 2006).

Verifica-se que a motivação dos profissionais irá depender de factores estruturais das organizações e de factores circunstanciais, reconhecendo que será necessário promover a complementaridade entre ambos os grupos de factores.

2.1.5. Incentivos no Sistema Nacional de Saúde espanhol

As variações da prática clínica são alterações sistemáticas nas taxas estandardizadas de um determinado procedimento clínico. Estas variações têm sido estudadas por Salvador Peiró, 2006, tendo identificado que estão sujeitas a um conjunto de factores que as afectam:

- Do lado da procura; considera-se a morbilidade, estrutura demográfica da população, características socio-económicas, distância aos serviços de

saúde, modalidade de co-pagamento, factores estes que provocam variabilidade na decisão dos utentes em procurar/consumir cuidados de saúde;

- Do lado da oferta: factores estruturais de organização, a capacidade instalada, os recursos por habitante, os sistemas de pagamento e incentivo a médicos, a especialização, a existência de docência, o tamanho e tipo de instituição.

Conceptualmente considera-se que as intervenções em saúde baseiam-se no conhecimento disponível (evidências científicas) sobre a efectividade das tecnologias médicas. Neste sentido, os conceitos-chave de decisão são: a «Incerteza» (quando não existe evidência científica sobre a efectividade das alternativas de tratamento ou de diagnóstico numa situação concreta) e «Ignorância» (quando, existindo evidência científica, o médico a desconhece, ou conhecendo utiliza outras).

Incerteza e ignorância podem explicar as diferenças de prática clínica.

Neste sentido, Wennberg (1998), citado por Salvador Peiró (2006), definiu três categorias de tecnologias médicas:

- [efectivas], nas quais existe uma sólida evidência científica da sua eficácia;
- [discricionais] ou sensível às preferências dos utentes, nas quais as evidências não são conclusivas ou os resultados são muito diferentes de utente para utente;
- [sensíveis à oferta], possuem pouca evidência sobre o seu valor, elevadas discrepâncias de indicação e taxas de utilização associadas à disponibilidade de recursos.

Comparando as actividades realizadas no sistema de saúde americano (*medicare*) e as actividades realizadas no sistema de saúde espanhol, verificam-se algumas diferenças:

- Verifica-se que as taxas de intervenções no sistema de saúde espanhol são menores que no sistema de saúde americano, nalguns casos são relativamente próximas, noutros são muito diferentes;
- Constata-se que a oferta, medida em número de camas por 10 000 habitantes, não mostra relação com a taxa de intervenções, existindo, por outro lado, uma relação inversa entre a taxa de intervenções mais «usuais», que requerem tecnologia menos diferenciada, e a disponibilidade de alta tecnologia.

Os factores associados à utilização de serviços hospitalares e o comportamento das variações de procedi-

mentos médicos parecem ser muito diferentes nos EUA e em Espanha. Uma explicação possível para este facto é a existência de sistemas de incentivos diferentes.

No sistema de saúde dos EUA os hospitais são financiados por actividades realizadas e os médicos por tipo de acto realizado. Este propósito implica a existência de importantes incentivos para aumentar a utilização hospitalar.

No sistema de saúde espanhol, o financiamento baseia-se no histórico das instituições e no pagamento de salários aos profissionais. O papel dos incentivos económicos tem menor impacto e pode gerar conflitos por existirem interesses paradoxais entre gestores, que procuram aumentar níveis de produtividade, e clínicos que pretendem diminuir as cargas de trabalho.

Uma possibilidade alternativa prende-se com a utilização de incentivos não económicos mas do tipo profissional (tecnologia e inovação) que lhes podem conferir prestígio, autonomia e *status* profissional que os clínicos poderão mobilizar para promoções internas ou para o sector privado.

A introdução de incentivos tecnológicos poderá determinar, por um lado taxas de utilização comparativamente baixas em situações clínicas pouco complexas, e por outro taxas de utilização comparativamente elevadas em situações clínicas que requeiram tecnologias inovadoras.

3. A realidade portuguesa: um estudo exploratório

3.1. Abordagem metodológica

Considerando o objectivo geral do estudo, conhecer o processo de implementação da metodologia de Incentivos à prestação de cuidados de saúde nas unidades hospitalares em Portugal, realizamos um estudo de carácter descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa.

Para a recolha de dados procedemos à realização de entrevistas semi-estruturadas em profundidade a profissionais com responsabilidade de chefia/liderança dos processos de incentivos nas unidades Hospitalares Portuguesas que aceitaram colaborar no estudo, no período de Março a Maio de 2007, tendo efectuada a respectiva análise de conteúdo de acordo com o método de Lawrence Bardin.

Em função da revisão de literatura internacional de referência para o tema dos incentivos, foram identificados elementos fundamentais e estruturantes que consistiram a base de construção do guião de entrevista. Obtivemos uma amostra acidental constituída por

seis profissionais, de quatro instituições cujos dados não pretendemos que sejam generalizados nem representativos da população atendendo à natureza exploratória da pesquisa empírica.

3.2. Apresentação de resultados

Após a realização das seis entrevistas semi-estruturadas, foi transcrito o texto de cada uma delas e efec-

tuada a respectiva análise de conteúdo, segundo o método de Bardin.

Foram identificadas quatro categorias, e dezanove unidades de contexto conforme se pode observar no *Quadro I*.

Pela análise do *Quadro II*, verificamos que os objectivos estão relacionados com o sistema de avaliação da Função Pública e por outro lado com a necessidade de aumentar a produtividade da unidade prestadoras de cuidados de saúde.

Quadro I Categorias e respectivas unidades de contexto

CATEGORIA:

Planeamento da implementação da metodologia de incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Objectivos iniciais da metodologia de incentivos.

Definição de indicadores.

Envolvimento dos profissionais.

CATEGORIA:

Atribuição de incentivos

UNIDADES DE CONTEXTO:

Tipos de incentivos utilizados.

Valor relativo de incentivo atribuído.

Destinatários dos incentivos.

Factores de exclusão de atribuição de incentivos.

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Impacto dos incentivos no acesso a cuidados de saúde.

Impacto dos incentivos no aumento da despesa.

Impacto dos incentivos na qualidade dos cuidados prestados.

Impacto dos incentivos na utilização de «*guidelines* clínicas».

Impacto dos incentivos na produtividade.

Impacto dos incentivos na satisfação dos profissionais de saúde.

Impacto dos incentivos na satisfação dos clientes.

Alterações organizacionais de correntes dos incentivos.

CATEGORIA:

Dificuldades de implementação.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Dificuldades associadas à definição de objectivos e avaliação.

Dificuldades associadas à gestão intermédia.

Dificuldades relacionadas com mudança.

Dificuldades relacionadas com sistemas de informação.

Quadro II Planeamento: objectivos iniciais da metodologia de incentivos

CATEGORIA:

Planeamento da implementação da metodologia de incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Objectivos iniciais da metodologia de incentivos.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «A metodologia dos incentivos veio por arrastamento, com a aplicação do novo sistema de avaliação de desempenho da administração pública.»

«Os objectivos? Acho que os objectivos era pôr as pessoas a produzir mais, não é?»

E2 «Havia obviamente aqui diferenças de produção e de produtividade, que demonstravam uma gestão diferente do que era anteriormente e portanto pareceu adequado aos responsáveis quer do Hospital, quer do Ministério, que fossem distribuídos incentivos.»

E4 «Estava relacionado com a produtividade e acessibilidade.»

E6 «O objectivo essencial é um bocado fazer o alinhamento de interesses entre aquele que é o desempenho individual de cada um dos colaboradores, dos trabalhadores de uma organização, e os objectivos da organização.»

«E eliminar, se quiser, muita guerra que existe de facto, do poder individual de cada um dos prestadores de se orientar por determinado tipo de linhas de cuidados, de se especializar em determinado tipo de áreas que podem não ter interesse para a organização.»

«potenciar a organização para a realização de actos que a nossa colheita de proveitos é melhor.»

Pela análise do *Quadro III*, constatamos que existiam indicadores sobretudo de produção, mas que a sua operacionalização tornou-se complexa ou inviável, sendo apontada como uma dificuldade.

Quadro III
Planeamento: definição de indicadores

CATEGORIA:

Planeamento da implementação da metodologia de incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Definição de indicadores.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «Uma das nossas dificuldades foi essa, nós não tínhamos indicadores muito apurados para poder aplicar tudo isto.»

«A maior parte dos indicadores que nos foram disponibilizados pela Unidade de Missão, muitos mostraram-se inviáveis na prática.»

«A definição dos indicadores depende muito de quem estamos a falar, se calhar faz muito sentido ter indicadores de produção para os médicos, para os enfermeiros já não faz sentido nenhum, para os outros grupos profissionais também não.»

«Os indicadores terão que ser essencialmente aqueles que estão previstos no Plano de Desempenho, aqueles que são contratualizados com o Ministério. São essencialmente indicadores de produção e alguns de qualidade.»

«Os indicadores de produção são os mais fáceis de aplicar.»

E5 «Estava relacionado com a produção, por exemplo, com a realização de primeiras consultas.»

E6 «Nesta primeira fase, fundamentalmente produção.»

Pela análise do *Quadro IV*, observamos que houve envolvimento da gestão intermédia no sentido de definir objectivos em cada serviço para posteriormente existirem incentivos em função da respectiva avaliação.

Quadro IV
Planeamento: envolvimento dos profissionais

CATEGORIA:

Planeamento da implementação da metodologia de incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Envolvimento dos profissionais.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «o que se fez inicialmente foi, como isto é um hospital pequeno dá para fazer essas coisas, fez-se reuniões não houve tempo para fazer formação a ninguém, portanto fez-se reuniões com todos os responsáveis, directores, enfermeiros chefes, no sentido quase, reuniões individuais, no sentido de lhes explicar qual era a metodologia da nova avaliação de desempenho.»

«Ficou definido que cada serviço é que definia os seus objectivos, e definiram os objectivos dos seus colaboradores.»

«Mas nós acabamos por andar muito atrás daquilo que estava a ser definido, os objectivos e da metodologia que estava a ser definido, nem sequer tínhamos tempo de estar a pensar qual seria o melhor sistema e a melhor forma de pôr em prática tudo aquilo.»

E2 «sim nomeámos, um chefe de serviço, médico, a enfermeira chefe e demos ao pessoal a hipótese de escolher uma terceira pessoa. Era o grupo de avaliadores (...) médico e dois enfermeiros, avaliam todas as categorias de pessoal, médicos, enfermeiros, todos. (...) então toda a gente é classificada da mesma maneira.»

E5 «Contratou-se uma empresa, que reuniu com o Conselho de Administração, com os enfermeiros chefe, directores de serviço, foram estabelecidos critérios, indicadores.»

Pela análise do *Quadro V*, identificamos que o principal tipo de incentivo é de carácter monetário, limitando apenas à dimensão financeira as alternativas de aplicação de incentivos.

No *Quadro VI*, os valores atribuídos possuem variação de caso para caso, tendo estado sempre relacionado com a remuneração individual de cada profissional.

Quadro V **Atribuição de incentivos: tipo de incentivos**

CATEGORIA:

Atribuição de incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Tipos de incentivos utilizados.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «Remuneração, financeiro (...) eu também acho mal serem só financeiros.»

«Nesses contratos já está definida de alguma forma essa possibilidade ou não, que a remuneração da pessoa, que o vencimento, tenha uma quota parte de variabilidade, em função do desempenho.»

E2 «Como prémio de desempenho dinheiro. No fim de contas, as pessoas, essa história da máquina de café e tudo é muito bonito, mas o que as pessoas gostam é de receber dinheiro e é justo que seja.»

E3 «Foi só do tipo remuneratório, eu diria que não houve incentivos sem serem do tipo remuneratório, foi uma percentagem do vencimento.»

E4 «Os incentivos foram apenas monetários.»

E5 «Os incentivos eram só de remuneração.»

E6 «O incentivo mais imediato é o dinheiro, isso não tenho dúvidas nenhuma.»

«O dinheiro é o que funciona melhor, porque é o mais visível (...) é o mais imediato, é aquele que as pessoas tiram vantagem imediatamente após o receberem. (...) aquilo que é quantificável é sempre mais fácil de ser perceberem.»

«Os incentivos em dinheiro e individuais são sempre mais perceptíveis que os incentivos que não são em dinheiro e que são colectivos.»

Ao observarmos o *Quadro VII*, constatamos que os incentivos foram destinados a todos os profissionais à excepção dos membros dos conselhos de administração.

Pela análise do *Quadro VIII*, verificamos que o principal motivo de exclusão relaciona-se com faltas dadas no serviço, emergindo o problema relativo a faltas por doença, maternidade ou licença para casamento.

Quadro VI **Atribuição de incentivos: valor relativo atribuído**

CATEGORIA:

Atribuição de incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Valor relativo de incentivo atribuído.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «O que se fez foi que se definiu uma tabela de incentivo alvo, que estava associada às categorias das pessoas. Com um valor de incentivo associado, esse valor aqui no Hospital ficou definido que era... já não sei se era 90 ou 95% de uma remuneração base, esse valor de incentivos era atribuído a todos aqueles que conseguissem cumprir os objectivos.»

«O máximo que temos é 20%. É uma pequena parte mas já é relevante e só está para os médicos, os outros grupos tem-se tido alguma dificuldade em aplicar esta metodologia.»

E2 «O prémio de equipa é distribuído numa percentagem, não é em valores absolutos, numa percentagem sobre os tais rendimentos do trabalho, para toda a gente.»

«A sua aplicação é de carácter individual, é um prémio, mas pode e deve ter-se também em conta a *performance* da equipe.»

«Eventualmente isto estabilizou assim: a remuneração total 78% e o prémio correspondente a 22%. Começou com 24%, já estive em 18,9 e depois o ano passado ficou em 22%.»

E3 «Esteve sempre indexado, não me pergunte as percentagens que não me recordo, mas estava sempre indexado ao respectivo vencimento, por contrapartida com uma percentagem, percentagem essa que tinha em vista a avaliação que tinha sido feita relativamente a cada um dos profissionais.»

E4 «Em média foi de 50% do vencimento.»

E6 «Em algumas situações, pode chegar a 30-40%, com alguma facilidade, sendo certo que nós estamos a falar de *baseline* relativamente altos.»

Quadro VII
Atribuição de incentivos: destinatários dos incentivos

CATEGORIA:

Atribuição de incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Destinatários dos incentivos.

UNIDADE DE REGISTO:

- E1 «Houve pessoas que se calhar não fizeram muito e conseguiram receber o incentivo, não é?»
«Eu acho que seria preferível para o serviço do que propriamente para o director de serviço, não é? O director de serviço tem que ter já algum sentido de missão para não precisar de incentivos.»
«Havia também um incentivo que estava previsto para os membros do Conselho, nunca foi distribuído. Acho que ao nível do Hospital poderia ter algum impacto.»
- E2 «Isto é a mesma coisa para todos, para os médicos, para os enfermeiros, a fórmula é sempre igual, portanto isto é a proporcionalidade, é o total de incentivos.»
«Isso eu, aí, nas direcções de serviços [receberam incentivos], mais do que, eu acho que apesar de tudo a participação nos incentivos é importante, mas não é tanto por aí que lá chegamos.»
- E3 «À volta de 80% de profissionais, ou mais até, receberam incentivos (...) Foram poucos os profissionais que não receberam o incentivo por virtude de não terem atingido os objectivos pessoais.»
«Não, isso não é para nós [membros do Conselho de Administração]. Mas por que raio é que isso não há-de ser para nós e há-de ser para a Caixa Geral de Depósitos? Ou para a empresa ali ao lado, que é uma empresa pública como esta, não é?»
- E5 «Por princípio foram atribuídos a todos os profissionais.»
«Só o Conselho de Administração não recebeu.»
- E6 «Entregávamos às direcções de serviço a distribuição de resultados (...) você tem tantos milhões de euros para médicos, tantos milhares de euros para enfermeiros, tantos milhares de euros para administrativos, para auxiliares e portanto toda a gente, 2/3 normalmente das pessoas recebiam.»
«Depois era deixado ao critério dos directores de serviço a forma de fazer essa distribuição.»
«Ele [director de Serviço] estabelecia para cada um dos seus subalternos médicos, depois o pessoal de enfermagem era feito pela direcção de enfermagem, que fazia a distribuição também e pelos auxiliares, o administrativo era feito por cada uma das chefias dos serviços administrativos.»
« [Incentivo para os membros do Conselho de Administração] Eu diria que sim. Eu acho que os incentivos fazem todo o sentido na estrutura toda.»

Quadro VIII
Atribuição de incentivos: factores de exclusão de atribuição de incentivos

CATEGORIA:

Atribuição de incentivos

UNIDADES DE CONTEXTO:

Factores de exclusão de atribuição de incentivos.

UNIDADE DE REGISTO:

- E1 «Houve muitos, por exemplo, o caso dos médicos e dos enfermeiros que não quiseram praticamente aderir.»
«(...) porque dependeu de uma série de componentes e de uma série de factores, nomeadamente a chefia ter feito a avaliação ou não.»
- E2 «Nós consideramos que qualquer pessoa que faltasse por 10 dias, mais de 10 dias (...) está excluído completamente.»
«Em relação à maternidade, os 120 dias são aceites, mas com a dedução do tempo correspondente, correspondem a um quadrimestre, não é, portanto a dedução do terço correspondente, isto é, se tinham direito a 300, só recebem 200, desde que não faltem para além desses dias.»
«Licença de casamento, por exemplo, a licença de casamento como sabem é 11 dias, de maneira que aqui no serviço toda a gente faz, mete 9 dias e depois tira 2 dias de férias.»
«Ausências por maternidade até ao limite contemplado na lei serão penalizadas até ao equivalente a 120 dias. Portanto, é descontado o equivalente aos 120 dias.»
«Situação de doença prolongada requerendo internamento até 20 dias, com penalização até 50%. Ausências ocasionais até 5 dias com uma penalização até 20% a partir de 3 dias, entre 5 e 10 dias, penalização até 50%.»
- E3 «[Excluídos] profissionais que tiveram mais faltas do que aquelas que estavam estabelecidas. Havia, creio eu, um limite, que penso que eram 23, mas isso estava pré-estabelecido.»
«E, como compreende, houve muitos profissionais deste cerca de 20%, ou à volta disso, que não receberam, que foram logo excluídos à partida, por causa das faltas. Grávidas, acidentes em serviço, qualquer tipo de faltas, excluía.»
«São conhecidos publicamente e que não atingiram no hospital, no seu serviço, o objectivo que lhe tinha sido destinado e, em virtude disso, esses profissionais, poucos, mas esses profissionais não receberam incentivos.»
«Resumindo os incentivos que não foram atribuídos foi essencialmente por faltas dadas ao serviço, tirando as outras que são poucas.»
- E4 «A avaliação foi feita a mais de 90%. Nem todos cumpriram e portanto nem todos tiveram incentivos.»
«Não podiam dar mais de 20 faltas, só se considerava fora o luto e formação. 800 trabalhadores ficaram de fora, não receberam por causa do número de faltas.»
- E5 «(...) Mas alguns foram excluídos. Por motivos de assiduidade foi grande a exclusão, o que deu alguma polémica, por exemplo, por causa das licenças de maternidade.»

Pela análise do *Quadro IX*, constatamos que dois dos entrevistados fazem referência à relação entre incentivos e melhoria no acesso a cuidados de saúde.

Ao observarmos os dados do *Quadro X*, realçamos que não há uniformidade nas posições dos entrevistados.

Quadro IX **Impacto dos incentivos: acesso**

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Impacto dos incentivos no acesso a cuidados de saúde.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «Uma situação que talvez crie um incentivo, que é a questão da remuneração variável, temos isso nalguns contratos, e isso talvez é capaz de..., não sei, tinha que ser avaliado, mas nalgumas situações era capaz de criar um melhor acesso.»

E6 «O que eu acho é que os incentivos (...) tem impacto no acesso.»

«Para mim os incentivos fazem todo o sentido também como uma forma de aumentar o acesso e diria que aumentar o acesso tem interesse organizacional corporativo dos serviços públicos.»

Quadro X **Impacto dos incentivos: despesa**

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Impacto dos incentivos no aumento da despesa.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «Os custos? Nesse ano fez de certeza, foram 170 000 euros ...mas claro que devia ser um custo com benefício associado.»

E2 «Estamos a ganhar muito dinheiro porque estamos a trabalhar muito, está a perceber, e é assim.»

«Claro que eu sei muito bem o que é que está por trás disto, é que a produtividade no SNS implica mais despesas.»

E6 «Em termos meramente financeiros, é capaz de se gastar mais um bocadinho de dinheiro para os incentivos do que não havendo incentivos nenhuns, não é, mas isso também é distribuído por várias unidades de produção e portanto aí estamos em casa.»

Pela análise do *Quadro XI*, os entrevistados são unânimes em associar incentivos e qualidade na prestação de cuidados.

Pela análise do *Quadro XII*, verifica-se que houve alguma relação entre metodologia de incentivos e utilização de protocolos e *guidelines*. Contudo esta relação não é absolutamente expressiva.

Quadro XI **Impacto dos incentivos: qualidade**

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Impacto dos incentivos na qualidade dos cuidados prestados.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «Possivelmente sim, se calhar não de uma forma muito directa, mas indirecta, possivelmente sim, até porque muitos objectivos estavam ligados a questões de qualidade, nomeadamente definição de procedimentos, aplicação de procedimentos.»

E4 «A qualidade dos serviços melhorou com os incentivos.»

E6 «(...) Não faz sentido termos incentivos se não tivermos associado a um, a padrões mínimos de qualidade»
«Acho é que é sempre possível associar à, digamos assim, ao sistema de incentivos, um sistema de desincentivos.»

«Sistema ideal é aquele que atribua um incentivos que seja valorizado (...) e que permita fazer o controlo da qualidade daquilo que é feito em termos da concretização do sistema de incentivos.»

Quadro XII **Impacto dos incentivos: guidelines**

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Impacto dos incentivos na utilização de «*guidelines* clínicas».

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «Houve alguns protocolos que foram definidos como objectivos e foram feitos na sequência de serem objectivos dos serviços, por exemplo, protocolos para tratamento de certos tipos de doentes.»

E6 «A utilização de *guidelines* é uma prática que em termos organizacionais cada vez mais, enfim, vai tendo mais aplicação, depende muito diria eu das direcções operacionais.»

«Eventualmente ter um sistema de incentivos pode servir para ajudar a estabelecer uma rotina, digamos assim, de utilização desse tipo de instrumentos.»

Quando observamos o *Quadro XIII*, evidencia-se que as posições dos entrevistados não são consistentes, havendo algumas dúvidas na relação entre incentivos e produtividade.

Pela análise do *Quadro XIV*, realçamos que há uma tendência para considerar que os profissionais encaram como positiva a metodologia de incentivos, sendo que não foram referidos dados inequívocos de satisfação dos profissionais, nomeadamente através de práticas de monitorização da satisfação dos profissionais nas unidades hospitalares.

Quadro XIII **Impacto dos incentivos: produtividade**

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Impacto dos incentivos na produtividade.

UNIDADE DE REGISTO:

- E1 «Acho que isso [por as pessoas a produzir mais] se calhar não chegou a ser.»
«Há uma relação directa, não é? A pessoa produz mais, faz mais cirurgias, faz mais consultas e acaba por receber aquela remuneração.»
«Eu acho que nós conseguiríamos fazer isso se aplicássemos os incentivos mais um ano e outro ano.»
«É verdade que em 2004 a produção cresceu um bocadinho, em 2005, por exemplo, já não cresceu, até decresceu, por isso.»
- E2 «O serviço está aqui para ser produtivo (...)»
- E3 «Esses são os dois, os dois objectivos essenciais, portanto, ou seja, a produção, aquilo que um hospital quer produzir, é extremamente importante e tem que estar associada àquilo que os profissionais fazem [desempenho individual].»
- E5 «Conseguiu-se uma produção mais elevada.»
- E6 «Para nós o incentivo essencial é, no fundo, se quiser, à produtividade, sendo certo que, depois, temos de fazer o controlo de qualidade.»
«Eu diria que há um sistema de incentivos embutido no sistema remuneratório que potencia a produtividade.»
«Não tenho dúvidas sobre a eficiência, a eficácia, digamos assim, do sistema de incentivos na produção.»

Quadro XIV **Impacto dos incentivos: satisfação dos profissionais**

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Impacto dos incentivos na satisfação dos profissionais de saúde.

UNIDADE DE REGISTO:

- E1 «Se nós continuássemos, por exemplo, neste segundo ano as pessoas já estiveram nessa expectativa de receber incentivos e se calhar já houve muitas que funcionaram pelo menos em prol dos objectivos.»
«Eu posso dizer daqui a dois meses, nós estamos a fazer um inquérito de satisfação, estamos a trabalhar num inquérito. Não sei, sinceramente não sei se eles se sentem mais satisfeitos.»
«Agora este ano, quando perceberam que isto tudo ficou em *standby*, não sei se a adesão vai continuar a ser tão boa.»
«Porque nós acho que acabámos por matar, bem ou mal, este sistema de incentivos, não é? Pagámos um ano, não voltámos a pagar, não vamos voltar a pagar este ano se não houver uma sequência em tudo isto e se as pessoas não virem que realmente há consequências, nunca vão aderir.»
- E2 «Com isto [complemento de salário] nós conseguimos que o pessoal estabelecesse, pensasse que havia aqui uma certa equidade na distribuição.»
«[Com as classificações finais] aqui houve reclamações. Há de vez em quando (...)»
«E de resto não tem havido, mas ocasionalmente aqueles muito maus, acham muito mal e zangam-se e vão-se embora para outro, e vem outro que é melhor, está a perceber?»
«De uma maneira geral aderiram.»
- E3 «Fiquei surpreendido, nomeadamente depois de estar aqui dois anos, e ver que as pessoas não produzem, não fazem nada (...) para o serviço, mas essas pessoas, não se queixaram, pelo menos publicamente, a dizerem que não tinham recebido incentivos.»
«Os profissionais estão sempre disponíveis, os médicos estão todos disponíveis, que são aquelas pessoas que nós pensamos que não estão, estão disponíveis, são as pessoas que até estão mais disponíveis, a grande generalidade dos médicos está disponível e todos os grupos profissionais estão disponíveis e esta disponibilidade mostra que os profissionais também querem saber aquilo que lhes está destinado, o que é que esperam de nós, que é para nós contribuímos a 100%.»
«Portanto, não notei nenhuma resistência dos trabalhadores e noto que os trabalhadores até têm, como há-de compreender, têm vontade, têm desejo que o incentivo seja atribuído, e não se importam de ser avaliados.»
- E4 «Quem não recebeu [incentivos] protestou. Tiveram 40 reclamações em 1800 trabalhadores. Também houve maior satisfação dos profissionais.»
«Aderiram todos, mas dependeu dos serviços.»
- E5 «Não se sentiram resistências [por parte dos profissionais].»
- E6 «Entendo que uma organização que tem um sistema de incentivos inteligente é uma organização em que os profissionais em princípio estão mais satisfeitos.»

Pela análise do *Quadro XV*, constatamos que apenas um dos entrevistados faz referência ao impacto da existência de incentivos e o nível de satisfação dos clientes, eventualmente pelo facto de as instituições hospitalares assumirem mais a visão de «doente» do que de «cliente».

Quadro XV **Impacto dos incentivos: satisfação dos clientes/utentes**

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Impacto dos incentivos na satisfação dos clientes.

UNIDADE DE REGISTO:

E6 «[Nas instituições públicas] o cliente não é muito importante, ou seja, a busca de clientes, a satisfação do cliente não é muito importante. O cliente normalmente é entendido mais como um aborrecimento que é preciso satisfazer, enfim, evitar que haja reclamações.»
«Se for a organizações como as privadas, o cliente é de facto o único factor de sucesso de uma organização destas, é termos clientes e termos clientes fidelizados»
«Relativamente à satisfação dos utilizadores, naturalmente que sim, para mim é um dos indicadores que pode ser utilizado como contrabalanço, digamos assim, do aumento da produção ou da produtividade.»
«Os clientes têm uma grande capacidade de avaliação apesar de não perceberem nada de saúde.»
«Mas eu diria que faz todo o sentido que também a avaliação da satisfação dos clientes faça parte (...) do contrabalanço que é o controlo de qualidade relativamente à preocupação dos sistemas de incentivos.»

Pela análise do *Quadro XVI*, realçamos que os entrevistados referem diferentes formas de mudança organizacional, estando algumas delas relacionadas com a própria mudança cultural decorrente do processo de implementação de incentivos.

Quadro XVI **Impacto dos incentivos: alterações organizacionais**

CATEGORIA:

Impacto dos incentivos.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Alterações organizacionais de correntes dos incentivos.

UNIDADE DE REGISTO:

- E1 «Fizemos as avaliações dos serviços todos e aí conseguimos e neste segundo ano percebeu-se que os serviços funcionam mais por objectivos.»
«O grande resultado, não consigo medi-lo e não consigo quantificar, mas acho que o grande resultado é mesmo nós termos conseguido implementar uma filosofia de gestão por objectivos num hospital. Obrigar as pessoas a funcionar muito nesses moldes [gestão por objectivos].»
- E2 «De maneira que nós tínhamos sempre uma grande rotatividade, não gostam do chefe, enfim, grande rotatividade de pessoal, mas isso praticamente desapareceu. Desapareceram, ninguém já tem dores nas costas também aqui no serviço (...) todos os que estavam isentos de turnos passaram a fazer turnos.»
«(...) E hoje não há nada e pelo contrário, diz-me a enfermeira directora do hospital que tem cerca de 30% dos pedidos de transferência de outras enfermarias, de todos os serviços, incluem o nosso nome como um dos possíveis destinos.»
- E3 «(...) Mas eu penso que isto, a atribuição de incentivos serve um bocadinho para os próprios profissionais se conhecerem a si próprios.»
- E6 «[Implementação de incentivos para a área da ortopedia] foi implementado, imagine, em Janeiro, em Dezembro a demora média era doze dias ou treze dias, em Janeiro passou a sete. E manteve-se nos sete.»
-

Quadro XVII
Dificuldades de implementação: objectivos e avaliação

CATEGORIA:

Dificuldades de implementação

UNIDADES DE CONTEXTO:

Dificuldades associadas à definição de objectivos e avaliação.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «Maior parte nos primeiros anos, em 2004 e 2005 a maior parte dos objectivos que nós definimos não serviram para nada»

«O programa de incentivos fornecido pela Unidade de Missão disponibilizava uma série de indicadores e continua a estar lá, estão lá disponíveis, são 150 páginas de indicadores, alguns não servem para nada.»

«[Precisamos de] coisas mais palpáveis do que propriamente objectivos muito vagos que depois na prática não são viáveis.»

«Era muito difícil avaliar as pessoas por aqueles indicadores, mas o tipo de indicadores depende muito do grupo profissional de que se está a falar.»

«Nós, indicadores, na teoria, se calhar conseguimos construir indicadores muito interessantes e depois a questão é na prática conseguirmos medir aquilo tudo e as formas de registo daquilo tudo.»

«Um dos grupos profissionais onde é difícil estabelecer objectivos é dos auxiliares, que são tarefas muito pouco diferenciadas.»

«Houve dificuldade em medir determinadas áreas, por exemplo, medir a actividade dos enfermeiros.»

E2 «Avaliação de um desempenho é difícil, quando a gente dá quatro, no dia seguinte se mais bem disposto dava cinco.»

«As classificações, aqui, são muito positivas, mas eu aí tenho uma razão de queixa com isso. (...) Têm que me dar uma classificação muito mais discriminada, muito mais afastada, se não eu tenho dificuldade depois em classificar.»

E3 «Dificuldades relacionadas com a atribuição das pontuações ao fim e ao cabo da classificação de cada um dos trabalhadores.»

«Foi na atribuição numérica do que é que aquele trabalhador tinha feito para serem atingidos os objectivos, quer os objectivos globais do serviço e esses muitas vezes era fácil de os atingir, são mensuráveis, não é, quantas consultas, quantos não sei quê, portanto, quantos internamento, portanto, esses, às vezes, são mensuráveis, mas depois como é que os vários trabalhadores contribuem para isso, isso é um bocado difícil.»

E5 «Muito virado para a área médica, que era muito valorizada.»

Pela análise do *Quadro XVII*, destacamos que os entrevistados aludem para a componente subjectiva associada a processos de avaliação, aliada à dificuldade de estabelecer objectivos, claros, inequívocos, adequados e mensuráveis a todos os grupos profissionais das unidades hospitalares.

Pelos dados do *Quadro XVIII*, fica patente a importância da gestão intermédia para o sucesso de implementação de metodologias de incentivos.

Quadro XVIII
Dificuldades de implementação: gestão intermédia

CATEGORIA:

Dificuldades de implementação.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Dificuldades relacionadas com gestão intermédia.

UNIDADE DE REGISTO:

E1 «A principal dificuldade foi a introdução [de dados] dos directores de serviço no sistema informático.»

E3 «Os directores de serviço tiveram grande dificuldade em avaliar, ao fim e ao cabo, o desempenho dos respectivos profissionais.»

«Os directores de serviço que eram quem fazia a avaliação do que estava destinado a cada um dos profissionais, muitas vezes desconheciam até quem trabalhava com eles. Ora veja, desconhecendo quem trabalha com eles, também se desconhece a avaliação, também se desconhece que pontuação há-de ser dada aos profissionais.»

«Eu acho que a grande dificuldade é depois para o próprio director de serviço, também tem muitas dificuldades em saber que tipo de avaliação é que há-de fazer entre os trabalhadores. Mas não podemos fugir muito disto.»

«A grande dificuldade, penso, é uma dificuldade de funcionamento, da constituição das equipas de trabalho. Porque um director de serviço que não sabe que no seu serviço há aquele profissional, pois não o pode avaliar.»

Pela análise do *Quadro XIX*, verificamos que as questões apresentadas pelos entrevistados encontram-se na dimensão comportamental e mais concretamente alteração de comportamento.

Quadro XIX **Dificuldades de implementação: mudança**

CATEGORIA:

Dificuldades de implementação.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Dificuldades relacionadas com mudança.

UNIDADE DE REGISTO:

- E1 «Acho que a principal dificuldade foi o facto, como sempre, no nosso país tudo ser feito de uma forma muito pouco planeada, um dia temos uma reunião e dizem: ‘agora vamos fazer isto até ao fim do mês’.»
«O facto de nós não termos tido hipótese de dar formação nenhuma às pessoas nomeadamente às chefias, aos avaliadores, aos responsáveis.»
«E nós próprios tivemos uma série de dificuldades e aprendemos sozinhos, nós, estou a falar do serviço de Recursos Humanos.»
«As pessoas não estavam nada habituadas a funcionar nestes moldes e tudo isso cria uma série de obstáculos, não é, as pessoas resistiram imenso a tudo isto, criaram (...) às tantas perceberam que isto era uma imposição tinha que ser feito. Mas criaram-me imensos obstáculos, não foi uma coisa nada linear.»
- E6 «(...) O que é interessante é que as dificuldades que eu senti são as dificuldades das pessoas lidarem com a diferença (...) E eu diria, isto é uma questão cultural.»
-

Pela observação do *Quadro XX*, constatamos que os entrevistados evidenciam a importância dos sistemas de informação como elemento de suporte à implementação e avaliação de metodologias de incentivos.

Quadro XX **Dificuldades de implementação: sistemas de informação**

CATEGORIA:

Dificuldades de implementação.

UNIDADES DE CONTEXTO:

Dificuldades relacionadas com sistema de informação.

UNIDADE DE REGISTO:

- E1 «O programa permitia que se fizesse o registo no próprio programa e que se passassem os dados directamente do SONHO para o programa informático do sistema de incentivos, o que nunca veio a suceder.»
«[Utilizar um SI] próprio não sei se será muito conveniente sequer, porque a partir do momento que as pessoas percebem, pelo menos os avaliadores, se os avaliadores perceberem que isto dá muito trabalho vamos ter imensas dificuldades em implementar o sistema. Acho que deve haver um sistema que informação que seja exterior.»
- E3 «Sem um bom sistema de informação não se consegue, de facto, não se consegue sequer atribuir os incentivos. Só com um sistema, uma informação a funcionar correctamente, dizendo-nos o que é que em cada dia e em cada momento se fez e o que se produziu, é que se consegue simultaneamente portanto decidir em que medida é que o trabalhador contribui para aquela produção»
«[Sistema de informação deve ter elementos] quer à questão daquilo que cada um dos serviços produziu, e quer à questão relacionada com aquilo que cada um dos trabalhadores fez.»
«[Sistema de Informação] deve ser integrado. Não funcionou.»
- E4 «Foi introduzido no sistema informático, que era complexo, introduzia-se os objectivos e depois validava-se. É importante homogeneizar, mas deve ser um sistema à parte.»
- E6 «O ideal é que o incentivo seja o resultado automático, ou seja, um output automático de um sistema qualquer de informação.»
«É importante que o sistema de informação nos dê esse tipo de informação o mais automatizado possível e o mais isento possível.»
«Foi um sistema que criámos para a gestão do serviço de urgência e que nos permitiu depois também fazer a gestão deste, deste, dos incentivos.»
«Nós temos um sistema de informação clínico (...) e portanto pode produzir *outputs* que nos permitam de facto, fazer o cálculo digamos assim e a monitorização dos incentivos.»
-

3.3. Análise e discussão de resultados

Decorrente dos dados identificados neste trabalho, emergem elementos passíveis de discussão, recorrendo à literatura de referência sobre incentivos.

Deste modo, no que concerne ao Planeamento da Implementação da Metodologia de Incentivos, nomeadamente na definição de objectivos iniciais da metodologia de incentivos, verificamos que os entrevistados relacionam a metodologia de incentivos com a produtividade:

«Os objectivos? Acho que os objectivos era pôr as pessoas a produzir mais, não é?»
«Estava relacionado com a produtividade e acessibilidade.»

De acordo com Quaye (2003), a maioria dos clínicos ingleses referiu que o modelo de incentivos aumenta a produtividade, diminuiu listas de espera e melhorou o acesso a cuidados de saúde, tendo sido estas as áreas que sustentaram a definição dos objectivos. Relativamente à definição de indicadores de suporte à implementação da metodologia de incentivos, e consequente avaliação, verificamos na realidade portuguesa que:

«Uma das nossas dificuldades foi essa, nós não tínhamos indicadores muito apurados para poder aplicar tudo isto.»

No sistema de incentivos inglês, segundo Roland *et al.* (2006), com a aplicação do modelo de incentivos, a média de ganhos em função dos indicadores, no primeiro ano foi de 83,4%.

Em relação ao envolvimento dos profissionais, verificamos duas situações distintas no âmbito do planeamento do processo de implementação:

«Sim nomeámos, um chefe de serviço, médico, a enfermeira-chefe e demos ao pessoal a hipótese de escolher uma terceira pessoa. Era o grupo de avaliadores (...), médico e dois enfermeiros avaliam todas as categorias de pessoal, médicos, enfermeiros, todos. (...) então toda a gente é classificada da mesma maneira.»

Numa outra direcção:

«Contratou-se uma empresa, que reuniu com o Conselho de Administração, com os enfermeiros chefe, directores de serviço; foram estabelecidos critérios, indicadores.»

No processo de implementação de instrumentos de gestão no sector da saúde, torna-se imprescindível a

participação, discussão e o envolvimento de todos os agentes com responsabilidades profissionais. No que respeita à Atribuição de Incentivos, constatamos que o tipo de incentivos utilizados:

«Foi só do tipo remuneratório, eu diria que não houve incentivos sem serem do tipo remuneratório, foi uma percentagem do vencimento.»

Neste sentido, Quaye (2003) verificou que a forma de sistema de reembolso baseado na performance provocou alterações no comportamento dos clínicos. Por outro lado, Paleologou *et al.* (2006) referem que as «remuneração» são motivações que assumem cariz extrínseco sendo designados como salário, benefícios, pensões e seguros.

Em complementaridade, Salvador Peiró (2006) refere a possibilidade de uma alternativa de incentivos não económicos, do tipo profissional (tecnologia e inovação), que podem conferir prestígio, autonomia e *status* profissional que os clínicos poderão mobilizar para promoções internas ou para o sector privado. No que concerne ao valor relativo de incentivo atribuído, na realidade observada encontramos alguns casos similares com os estudos internacionais:

«O máximo que temos é 20%. É uma pequena parte mas já é relevante.»
«Em média foi de 50% do vencimento.»

Com a aplicação do modelo inglês, os clínicos gerais tiveram um aumento no seu vencimento de aproximadamente 33% (Roland *et al.*, 2006).

Quando analisamos as referências aos destinatários dos incentivos, constatamos que os entrevistados são coincidentes:

«Isto é a mesma coisa para todos, para os médicos, para os enfermeiros, a fórmula é sempre igual, portanto isto é a proporcionalidade, é o total de incentivos.»
«Por princípio foram atribuídos a todos os profissionais. (...) Só o Conselho de Administração não recebeu.»

Podemos reflectir, que esta opção está a ter em linha de conta que o primado das instituições prestadores de cuidados de saúde são os serviços, área que deve ter intervenção prioritária no domínio das políticas de incentivos.

No que respeita aos factores de exclusão de atribuição de incentivos, verificamos que:

«Houve muitos, por exemplo, o caso dos médicos e dos enfermeiros que não quiseram praticamente aderir.»

«A avaliação foi feita a mais de 90%. Nem todos cumpriram e portanto nem todos tiveram incentivos.»

Estes dados, aparentemente contraditórios, podem ser promotores de estudos sobre metodologias de desincentivo e de punição.

No que se reporta aos Impacto dos Incentivos, evidenciámos que o impacto dos incentivos no acesso a cuidados de Saúde está presente embora com algumas reservas, na medida em que:

«[Incentivo] isso talvez é capaz de..., não sei, tinha que ser avaliado, mas nalgumas situações era capaz de criar um melhor acesso.»

No estudo efectuado por Quaye (2003), constata-se que a introdução de incentivos diminuiu listas de espera e melhorou o acesso a cuidados de saúde.

Relativamente ao impacto dos incentivos no aumento da despesa é notório que se reconhece existir uma relação:

«Os custos? Nesse ano fez de certeza, foram 170 000 euros... mas claro que devia ser um custo com benefício associado.»

De acordo com Roland *et al.* (2006) adicionalmente a esta forma de pagamento, existiram outros custos, para os médicos e decisores políticos.

Para Quaye (2003), embora os clínicos não assumam decisões clínicas com base na rentabilidade associada ao utente, parece que pelo menos pensam no controlo dos custos quando prescrevem procedimentos.

Verificamos também impacto dos incentivos na qualidade dos cuidados prestados, quando os entrevistados referem que:

«A qualidade dos serviços melhorou com os incentivos.»

«Possivelmente sim, se calhar não de uma forma muito directa, mas indirecta, possivelmente sim, até porque muitos objectivos estavam ligados a questões de qualidade, nomeadamente definição de procedimentos, aplicação de procedimentos.»

Roland *et al.* (2006) identificou no seu estudo que a qualidade de cuidados para utentes com doença crónica «melhorou um pouco», que a qualidade na prevenção «melhorou um pouco» e que a qualidade no geral «manteve-se ou aumentou».

No sentido de melhor equilibrar/ajustar a relação entre custos e qualidade, Eggleston (2005) refere que o pagamento misto permite equilibrar o controlo de custos e os incentivos para a promoção da qualidade,

incluindo a resolução dos problemas de existência de várias tarefas a realizar pelos clínicos.

No que concerne ao impacto dos incentivos na utilização de «*guidelines* clínicas» na realidade portuguesa, da análise de conteúdo dos entrevistados, realçamos:

«Houve alguns protocolos que foram definidos como objectivos e foram feitos na sequência de serem objectivos dos serviços, por exemplo, protocolos para tratamento de certos tipos de doentes.»

Neste sentido, os dados encontrados estão na linha de Roland *et al.* (2006) quando afirma que, decorrentes da aplicação da metodologia por incentivos, em termos gerais, verificaram-se alterações estruturais na prática como, por exemplo, a definição de indicadores baseados em *guidelines* nacionais.

Verificamos também referências ao impacto dos incentivos na Produtividade, quando os entrevistados afirmam que:

«Há uma relação directa, não é, a pessoa produz mais, faz mais cirurgias, faz mais consultas e acaba por receber aquela remuneração.»

«Eu acho que nós conseguiríamos fazer isso se aplicássemos os incentivos mais um ano e outro ano.»

Apesar de não ser absolutamente inequívoca esta relação para os entrevistados, verificamos que no estudo de Quaye (2003), os clínicos inquiridos referem que existiu um aumento da produtividade e eficiência.

No que respeita ao impacto dos incentivos na satisfação dos profissionais de saúde, constatamos que:

«(...) não notei nenhuma resistência dos trabalhadores e noto que os trabalhadores até têm, como há-de compreender, têm vontade, têm desejo que o incentivo seja atribuído, e não se importam de ser avaliados.»

Segundo Paleologou *et al.* (2006) verifica-se que a motivação dos profissionais irá depender de factores estruturais das organizações e de factores circunstanciais, reconhecendo-se que será necessário promover a complementaridade entre ambos os grupos de factores.

Relativamente ao impacto dos incentivos na satisfação dos clientes, observamos que:

«Os clientes têm uma grande capacidade de avaliação apesar de não perceberem nada de saúde.»

Facto para o qual a nossa fundamentação inicial ou teórica não permite analisar de forma consistente os dados encontrados.

Em relação às alterações organizacionais de correntes dos incentivos, um dos entrevistados refere que:

«(...) mas acho que o grande resultado é mesmo nós termos conseguido implementar uma filosofia de gestão por objectivos num hospital.»

Deste modo, destacamos que a metodologia de incentivos poderá ser um catalisador para utilização de outros instrumentos de gestão, nomeadamente em termos de avaliação de desempenho.

Da análise das entrevistas realizadas, emergiu uma última categoria, que encerra as dificuldades de implementação da metodologia de incentivos, dificuldades estas que passamos a enumerar.

Os entrevistados referiram que sentiram dificuldades associadas à definição de objectivos e avaliação, como se pode observar pelo excerto de uma das entrevistas:

«[Precisamos de] coisas mais palpáveis do que propriamente objectivos muito vagos que depois na prática não são viáveis.»

«Nós, indicadores, na teoria, se calhar conseguimos construir indicadores muito interessantes e depois a questão é na prática conseguirmos medir aquilo tudo e as formas de registo daquilo tudo.»

Evidenciamos a necessidade de definir estrategicamente as áreas mais relevantes da organização para introduzir incentivos, sendo de extrema importância a definição clara de objectivos mensuráveis.

Por outro lado, foram referidas dificuldades associadas à gestão intermédia:

«Os directores de serviço, que eram quem fazia a avaliação do que estava destinado a cada um dos profissionais, muitas vezes desconheciam até quem trabalhava com eles.»

Este facto, poderá, eventualmente, e de uma forma exploratória, estar relacionado com os níveis de competência em gestão por parte dos directores de serviço, com a percepção que estes têm da relevância da operacionalização de metodologia de incentivos ou com dificuldades instrumentais de implementação, não existindo no nosso estudo elementos que possam suportar estas potenciais explicações.

Foram referidas também dificuldades relacionadas com mudança:

«E nós próprios tivemos uma série de dificuldades e aprendemos sozinhos, nós, estou a falar do serviço de Recursos Humanos.»

Constatamos que a introdução de metodologias de incentivos no contexto organizacional actual das unidades prestadoras de cuidados hospitalares exige alteração na concepção de gestão de unidades de saúde, sendo necessário um acompanhamento de apoio à mudança.

Por último, dentro da categoria dificuldades de implementação, foram referidas dificuldades relacionadas com sistemas de informação:

«Sem um bom sistema de informação não se consegue de facto, não se consegue sequer atribuir os incentivos.»

«[Sistema de Informação] deve ser integrado. Não funcionou.»

Como preparação para o programa de 2004, os clínicos gerais, enfermeiros e pessoal administrativo, no NHS, que lidavam com indivíduos com doenças crónicas, melhoraram o uso de registos médicos electrónicos e consequentemente aumentaram o fluxo de informação a nível informático (Roland *et al.*, 2006). Noutro sentido, Roland *et al.* (2006) refere que o aumento de burocracia, associada aos processos organizativos, exigiu sistemas de informação robustos, tendo-se verificando a adopção de metodologias próprias de recolha e registo de informação, por parte dos clínicos gerais.

Deste modo, realçamos a necessidade de que a introdução de metodologias de incentivos seja efectuada suportada num sistema de informação consistente, fidedigno, apelativo e que permite integrar informação, para que possa ser um instrumento de suporte à decisão.

4. Considerações finais

Com a realização deste estudo, foi possível explorar a temática dos incentivos nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, relacionando a realidade portuguesa estudada com as referências internacionais utilizadas.

Verificamos que a metodologia de incentivos ainda não se encontra disseminada nas organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Constata-se que a metodologia de incentivos altera a prática clínica, verificando-se em geral uma resposta positiva por parte dos profissionais de saúde.

Da realidade portuguesa, identifica-se que o elemento central que determinou nas organizações a implementação de incentivos foi a produtividade.

Por um lado, como prémio de desempenho num serviço que já apresentava produtividade elevada e, por outro, como meio de aumentar a produtividade.

A aplicação de incentivos foi transversal às organizações, não tendo sido referida nenhuma área prioritária para a implementação desta metodologia. Concomitantemente, à excepção dos membros dos conselhos e administração, todos os profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros e administrativos, foram incluídos neste processo.

Os critérios de exclusão de atribuição de incentivo estiveram directamente relacionados com as avaliações de desempenho dos profissionais, efectuadas pela hierarquia correspondente.

Do estudo exploratório efectuado, considerando a análise de conteúdo das seis entrevistas em profundidade realizadas, realçamos que o impacto dos incentivos foi verificado ao nível da:

- melhoria de acesso a cuidados de saúde;
- melhoria da qualidade da prestação de cuidados, na relação directa com os indicadores utilizados;
- utilização de «*guidelines*» clínicas;
- satisfação dos profissionais de saúde, manifestada pelo interesse em serem devidamente avaliados;
- mudança cultural e organizacional das unidades prestadoras de cuidados hospitalares, nomeadamente na implementação da gestão por objectivos.

Foram identificadas dificuldades de implementação da metodologia de incentivos, nomeadamente no que concerne a:

- definição de objectivos para todos os grupos profissionais;
- existência de indicadores fiáveis, mensuráveis e ajustados a cada grupo profissional;
- avaliação de desempenho por parte da «gestão intermédia»;
- utilização/existência de sistemas de informação integrados.

Neste sentido, consideramos que a metodologia de incentivos pode ser um instrumento de gestão eficiente, sendo imperativo, por um lado, a definição clara de objectivos, indicadores, e critérios de inclusão/exclusão dos profissionais a incentivar e, por outro, a necessidade de monitorização efectiva, nomeadamente com recurso a sistemas de informação integrados.

Verificamos também, que no contexto actual das organizações hospitalares em Portugal, existem condicionantes, organizacionais, culturais e operacionais para a implementação de metodologias de incentivos. Considerando que estando perante um estudo exploratório e descritivo, não pretendemos extrapolar os resultados encontrados para a totalidade das organi-

zações, sugerindo para tal a elaboração de estudos de carácter analítico ou comparativo sobre a temática dos incentivos aos profissionais e organizações de saúde.

□ Referências bibliográficas

DORAN, T. *et al.* — Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*. 355 : 4 (2006) 375-384.

EGGLESTON, K — Multitasking and mixed systems for provider payment. *Journal of Health Economics*. 24 : 1 (2005) 211-223.

GARBER, A. M. — Evidence-based guidelines as a foundation for performance incentives. *Health Affairs*. 24 : 1 (2005) 174-179.

MOREIRA, J. P. K. — Políticas de saúde : ensaios para um debate nacional. Porto : Edições Fundação Fernando Pessoa, 2007.

PALEOLOGOU, V. *et al.* — Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. [Em linha]. *BMC Health Services Research*. 6 (2006) 118. [Consult. 18 de Jan. 2009]. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1578561>.

PEIRÓ, S.; BERNAL-DELGADO, E. — A que incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gaceta Sanitaria*. 20 : Supl. 1 (2006) 110-116.

PETERSEN, L. A. *et al.* — Does pay-for-performance improve the quality of health care?. *Annals of Internal Medicine*. 145 : 4 (2006) 265-272.

QUAYE, R. K. — Assessing the impact of cost control strategies on Swedish physicians' practice behaviour. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 16 : 5 (2003) 257-260.

QUAYE, R. K. — Swedish physicians' perspectives on the introduction of the Stockholm model. *Journal of Management in Medicine*. 11 : 4 (1997) 246-255.

ROLAND, M. *et al.* — Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK : predicting the consequences of change. *Primary Health Care Research and Development*. 7 : 1 (2006) 18-26.

SAFAVI, K. — Aligning financial incentives. *Journal of Healthcare Management*. 51 : 3 (2006) 146-151.

SMITH, P. C.; YORK, N. — Quality incentives : the case of U.K. general practitioners. *Health Affairs*. 23 : 3 (2004) 112-118.

□ Abstract

INCENTIVES: IN SEARCH OF A MODEL FOR PORTUGAL

The health sector has specific characteristics that must be taken into account when attempting to establish management initiatives such as the application of incentives to healthcare workers.

The frequent changes in economic, political and socio-professional terms that characterize the health care units, along with the evolution of the individual and social responsibility on health have led the National Health Services to test the application of incentives to both the professionals and the health-care organizations.

The goal of this paper is to describe the implementation process of incentives to healthcare delivery in hospitals in Portugal.

We specifically aim at the following objectives:

- Identify the management objectives associated with the introduction of incentives;
- Describe the impacts occurred through incentives, from the managers' perspective;
- Describe the results achieved;
- Identify the major difficulties perceived by managers.

To achieve these objectives, an exploratory qualitative methodology was used.

In order to collect the data we made in-depth interviews to managers who held leadership roles on the implementation of incentives within the Portuguese hospitals and who agreed to cooperate in this study from March to May 2007. The content analysis was carried out in accordance with the Lawrence Bardin method.

Major results include the notion that managers expect a number of impacts from the introduction of incentives namely: better citizen access to healthcare, better quality in the delivery of healthcare, better use of clinical guidelines, higher levels of satisfaction amongst professionals and some forms of organizational and cultural culture change related to the introduction of management by objectives.

Some difficulties were reported regarding the implementation of incentives, mainly as far as the definition of objectives for all professions (besides the medical profession) is concerned, the absence of reliable, measurable and adjustable indicators, difficulty in assessing the performance of middle management and lack of integrated health management information systems. Overall, the authors «claim» that incentives methodology can be a powerful management tool depending on the clear definition of organizational objectives and indicators, the inclusion of all healthcare professions in the process and effective monitoring supported by consistent management information systems.

Keywords: performance incentives; hospital management; team performance; qualitative insight; management model reform.