

# UTILIZAÇÃO DE INCENTIVO CONDICIONADO A RESULTADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ALGUNS ASPECTOS TEÓRICOS E PRAGMÁTICOS

Mariangela Leal Cherchiglia, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais\*

Sábado Nicolau Girardi, Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

## 1. INTRODUÇÃO

Nesse trabalho pretendemos explorar o tema da adoção de estratégias de incentivos condicionados como mecanismo de obtenção de resultados efetivos de produção e produtividade no âmbito de organizações de provisão de serviços de saúde.

Tomaremos para análise empírica os dados de pesquisa original realizada nos hospitais da rede da Fundação Hospitalar de Minas Gerais que implementou, em 1993, mecanismos de compensação de desempenho e produtividade de seus funcionários, complementares à remuneração fixada em salários. Nesse estudo, avaliamos as alterações decorrentes da adoção dessa estratégia, analisando-se o comportamento de indicadores selecionados de produção e produtividade entre 1992-95 e como os trabalhadores e gerentes perceberam e transformaram esta proposta de incentivo financeiro.

A perspectiva é a de inserir os esquemas de incentivos no interior de sistemas de compensação do trabalho que por sua vez são parte da totalidade mais ampla das relações de trabalho. Subordinam-se, desta maneira, ao estilo de relação de trabalho prevalente e ao modelo gerencial adotados em uma organização.

## 2. SISTEMAS DE INCENTIVOS

Um sistema de incentivo, em suas variadas formas, seria um dos meios de se estimular e controlar o comportamento dos membros da organização com o objetivo de atingir uma estrutura orgânica que funcione com eficácia. Além disso, pode ser um modo de garantir que os trabalhadores realizem suas tarefas de tal maneira que a empresa possa alcançar seus objetivos (OIT, 1985).

---

\* Avenida Alfredo Balena 190, 10º andar  
Cep: 30 130-100 Belo Horizonte, Minas Gerais  
Tel: (31) 248 9941 Fax: (31) 248 9675  
E-mail: cherchml@medicina.ufmg.br

Os esquemas de incentivos podem ser pensados como parte integrante do todo maior do sistema das relações de trabalho concretas, individuais e coletivas e entre trabalho e gerência, que se estabelecem no interior das organizações. Os incentivos, quaisquer que sejam suas formas, constituem especificações do sistema de compensação, que por sua vez representam a utilidade que é simultaneamente demandada pelos trabalhadores e oferecida pela gerência nas relações de trabalho que concretamente se estabelecem nas organizações (reduzidas para esse fim à idéia de relações de troca). Neste aspecto sua adoção deve contemplar as diferenças entre as organizações e, dentro destas, as diferentes culturas específicas de determinados setores de prestação de serviços de saúde. Portanto, qualquer uma das estratégia de incentivo utilizada pode ser muito efetiva se estiver alinhada com as necessidades, metas e culturas de trabalho de uma organização.

## 2.1 INCENTIVOS FINANCEIROS

Entre as diferentes formas de incentivos destacam-se os financeiros condicionados a resultados. O efeito motivador da remuneração sobre o desempenho dos trabalhadores, nas diversas abordagens das Teorias Motivacionais, é atribuído ao fato da remuneração ser vista não somente como variável econômica, mas também como um símbolo que representa uma parte das recompensas psicológicas procuradas pelo indivíduo em seu ambiente de trabalho (Flannary et al., 1996; OIT, 1985; Weitzma & Kruse, 1990; Solow, 1990; Nadler, 1983;). Ainda que os trabalhadores considerem aspectos não monetários como a realização, a responsabilidade, o reconhecimento, a qualidade das relações interpessoais com colegas e chefes, sabe-se que a satisfação advinda desses fatores motivacionais é quase sempre difusa e instável. Em contraste, a remuneração apresenta-se como sendo a resultante real e inequívoca de uma decisão tomada conscientemente pela administração da empresa (Nadler, 1983). Ademais, os vínculos entre *status* social, remuneração e auto-estima conferem à compensação monetária um valor, ao mesmo tempo, “simbólico” e “material”.

Um sistema de incentivo financeiro pode ser organizado de maneira matricial onde se entrelaçam diversas formas, que estariam apoiadas em **resultados – individuais ou coletivos** (competência: distinguem performances excepcionais; metas: incentivam e premiam o alcance de metas preestabelecidas; equipe: premiam esforços e resultados de grupo; participação nos lucros: buscam premiar resultados operacionais) ou em **mudanças de comportamento** (na aquisição de habilidades: compensam a aquisição de novas habilidades e atitudes necessárias a certas atividades; pessoas chave: tentam atrair e manter indivíduos chave na organização) (Pontes, 1995; OIT, 1985;

Nadler, 1983). A principal vantagem do incentivo por **resultado individual** é a transparência da associação entre os níveis de esforços despendidos e o ganho em remuneração. Estes esquemas podem resultar em: a) aumentos da produtividade através da redução dos custos; b) incrementos imediatos do rendimento dos trabalhadores; e c) maior capacidade de auto-ativação da produção. Dentre suas desvantagens destacam-se: a) o conflito decorrente da não equidade dos ganhos, podendo levar à exacerbação da competição entre trabalhadores, comprometendo, assim, a disposição à cooperação intertrabalhos; b) o menor compromisso com a qualidade do produto; e c) o descuido aos regulamentos de segurança no trabalho, estimulados pela competição. O incentivo **por resultado coletivo**, por sua vez, adapta-se melhor às tarefas que são interdependentes, que exijam esforços de colaboração e trabalho em equipe (OIT, 1985; Shyavitz et al., 1985). A ausência de normas de resultado individual pode facilitar a adesão, assim como a aceitação, pelos integrantes do grupo, de mudanças na organização do trabalho e na tecnologia utilizada. Em contraposição, a grande desvantagem desta forma seria a redução da motivação individual. Posturas não-cooperativas não são detectadas imediatamente possibilitando o surgimento de comportamentos do tipo parasitário ou "carona" na organização, com resultados adversos sobre o nível de produção. Para contornar esse problema têm-se adotado esquemas de acompanhamentos individuais e coletivos (Weitzma & Kruse, 1990). Outro problema levantado é a aversão dos trabalhadores ao risco de redução em seus ganhos, mesmo com a estabilidade advinda de um salário fixo. A relativa aversão aos riscos pelos trabalhadores pode reduzir a eficiência dos incentivos baseados no resultado por forçá-los a absorver riscos em sua renda devido a fatores alheios ao seu controle (Weitzma & Kruse, 1990; Ponte, 1995).

O primeiro argumento a favor dos incentivos financeiros é que ele pode diminuir o custo marginal do trabalho, com crescimento do emprego, sem necessariamente diminuir a média dos ganhos dos trabalhadores. A parcela variável dos ganhos pode ser visto como um subsídio pago aos trabalhadores sobre e acima de um salário fixo. O segundo benefício esperado de um incentivo financeiro é que ele irá tornar os ganhos do trabalho mais flexível em todo o ciclo: a grande variação nos ganhos não reforçaria a tradicional aversão ao risco dos trabalhadores (Pontes, 1995). Além disto, a produtividade pode ser maior não somente pela perspectiva de que a um esforço extra corresponderia a uma ganho extra, mas porque seria, também, um motivador para se utilizar o trabalho de forma mais inteligente e cooperativa (Nutli, 1993).

Nem tudo, entretanto, é consenso. O papel motivador dos sistemas de incentivos-sanções tem sido questionado nos paradigmas gerenciais da administração flexível que colocam em dúvida o potencial de tais esquemas para enfrentar as profundas transformações por que passa o mundo da produção e do trabalho. Argumenta-se que a forma de remuneração por resultado e o apego aos incentivos condicionados podem criar uma cumplicidade temporária entre os trabalhadores no sentido de maximizar seu ganho, minimizando, contudo, o esforço produtivo para obtê-lo. Tanto incentivos como punições podem não ser motivadores eficientes quando é necessário mudar atitudes e comportamentos, especialmente a longo prazo (Kohn, 1991; Channon, 1986). Para Kohn (1991), as recompensas têm sucesso em assegurar de forma ampla apenas uma coisa: submissão temporária. Uma vez que as recompensas desaparecem, voltam os antigos comportamentos, não se forjando compromissos duradouros com valores ou ações. Ainda, de acordo com este autor, pagar não implica em obter melhores resultados; os incentivos limitam o aparecimento de soluções criativas pois direcionam as ações ao mero cumprimento de metas; o prêmio pode ter caráter punitivo por ser desmoralizante para aqueles que não alcançam os resultados esperados. Além disso, a implantação de incentivo requer a instituição de mecanismos de controle que acabam por limitar a motivação.

A não sustentação do aumento da produção e da produtividade, ao longo do tempo, parece ser resultante da perda da novidade, da emergência de descontentes e de um declínio na participação (Naff & Pomerlau, 1988; Barcusa & Cleek, 1994).

### 3. UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS DE INCENTIVO NO SETOR SAÚDE

No setor saúde, até o final da década de 80 eram pontuais as experiências de utilização de esquemas de incentivos (Shyavitz et al., 1985). Conforme Pierson & Willians (1994), as organizações de saúde acompanham com atraso os setores mais dinâmicos da economia, as experiências de adequação dos sistemas de remuneração à globalização e à flexibilização da produção. A pressão pela competitividade, em um mercado de saúde em processo de rápidas mudanças, levou um número crescente de organizações a adotar estratégias alternativas de compensação para melhorar sua performance. Atualmente, existe uma tendência de popularização de estratégias de incentivos, bem como de um redirecionamento, de sua integração, aos valores e à cultura organizacionais (Flannary et al., 1996). O desempenho, porém, não é medido exclusivamente por resultados financeiros, mas também pela qualidade do trabalho, pelos resultados terapêuticos, pela satisfação do cliente e pelo crescimento de sua participação no mercado. Os programas rígidos de incentivo financeiro que se dirigiam

de forma indistinta a todos os setores e áreas da organização de saúde tendem a dar lugar a programas de incentivos múltiplos que observam as especificidades e a cultura do processo de trabalho característico dos diversos setores. Assim, como exemplo, unidades de internação de pacientes, de atendimento a pacientes externos e de suporte administrativo, cada uma delas, ganham esquemas de incentivos diferenciados de acordo com suas especificidades. O aumento de incentivos de maior duração, como os anuais, o aumento da parcela variável da remuneração e, especialmente, a inclusão de funcionários de áreas não administrativa ou gerencial (ademais dos médicos) nos planos de incentivo, constituem tendências em fortalecimento (Pierson & Willians 1994).

No setor público de saúde no Brasil, as propostas de sistemas de incentivo do trabalho que usam o desempenho para motivar a produtividade e o compromisso com a organização têm sido utilizadas, nos últimos anos, como mecanismo para contornar a rigidez das políticas remunerativas do setor e a miséria salarial. De **componente gerencial**, constituído pelo conjunto de estímulos - financeiros ou não - destinado a ajustar e otimizar o processo produtivo nos estabelecimentos de saúde, os incentivos à produtividade se transformaram em mero dispositivo de correção e ajustamento de salários (Girardi, 1991;Santana, 1993). Esta redução dos incentivos a meros corretores salariais decorre, principalmente, porque, o que habitualmente se avalia é a produção, ou seja, o volume de ações e não sua pertinência ou qualidade.

Exemplo paradigmático é o estudo realizado pelo Ministério da Saúde/CONASS/OPAS, em 1997, sobre a utilização de incentivos no âmbito das secretarias estaduais de saúde. As modalidades de gratificação, referidas por 14 das 22 secretarias, foram: produtividade, complementação de carga horária, exercício de cargo de confiança, pós-graduação, interiorização e desempenho. Entretanto, a existência de um diversificado número de critérios adotados para concessão de incentivos financeiros e ausência de coerência entre estes e os objetivos propugnados pela instituição, dificulta uma avaliação do grau de satisfação dos trabalhadores com o recebimento dos adicionais e de como sua adoção causou impacto nos serviços. Os resultados desse estudo reforçam a observação de que, em geral, os incentivos funcionam como forma de remuneração indireta para compensar baixos salários, não propiciando melhoria dos resultados finais e, em muitos casos, nem motivação para os trabalhadores (Ministério da Saúde/CONASS/OPAS, 1997).

Portanto, para além dos limites da produtividade, deve-se destacar a possibilidade de concepção de sistemas de incentivo que sejam capazes de compatibilizar as

expectativas dos trabalhadores, com o objetivo organizacional e com os pressupostos da qualidade do cuidado em saúde.

Nesse aspecto é de fundamental importância a vinculação entre os resultados da avaliação de desempenho e o sistema de incentivo e a articulação de ambos às necessidades, metas e culturas de trabalho da organização. A clareza dos objetivos dará direcionalidade a todo o processo e a sua indefinição inviabilizará o alcance dos resultados almejados. Assim, a seleção de indicadores deve ser feita a partir das prioridades e metas definidas; os resultados devem ser o ponto culminante do processo; a participação dos trabalhadores deve ser plena, estabelecendo-se amplos canais de negociação e o sistema de informação e de comunicação deve ser ágil, flexível e de fácil acesso (Meyer et al).

No entanto, a mensuração “objetiva” do valor do produto (ou resultados) do setor saúde é quase sempre reconhecida como problemática pois envolve um processo de atribuição de valores a bens que representam significados sociais fortemente marcados pela questão da subjetividade (Shyavitz et al., 1985; Channon, 1996; Walzer, 1994). Se já é difícil a avaliação/mensuração do produto dos serviços de saúde, mais problemática ainda é definir indicadores que sirvam de parâmetros para incorporar ganhos de produtividade aos salários dos profissionais de todas as categorias (Medici & Girardi, 1996).

#### 4. SISTEMA DE INCENTIVO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA

A utilização de sistemas de incentivo nos serviços públicos de saúde parece estar se tornando prática disseminada nos anos 90, especialmente em hospitais. No entanto, no Brasil, as avaliações sistematizadas sobre a adoção dessa estratégia são ainda pontuais, encontrando-se alguns estudos descritivos em serviços ambulatoriais, hospitais gerais e universitários e em sistemas de saúde (Fekete, 1999; Ministério da Saúde/CONASS/OPAS, 1997; Oliveira, 1996; Cecílio, 1997 e 1994; Ministério da Educação, 1992;).

Neste trabalho tomaremos como centro da análise um caso concreto, o da rede pública de hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que introduziu no conjunto de suas unidades assistenciais, a partir do primeiro semestre de 1993, mecanismos de compensação de desempenho e produtividade de seus funcionários, complementares à remuneração fixada em salários. Nesse caso, avaliamos as alterações decorrentes da adoção, pela FHEMIG, dessa estratégia de

incentivo, analisando-se o comportamento de indicadores selecionados de produção e produtividade de serviços entre 1992-95 e como os trabalhadores e a gerência da FHEMIG perceberam e transformaram a proposta original. (Cherchiglia et al., 1998 e 2000).

#### 4.1 A PROPOSTA DE INCENTIVO A EFICIENTIZAÇÃO

A Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG gerencia 21 Unidades Hospitalares (hospitais gerais, psiquiátricos, maternidade, de doenças transmissíveis, de traumatologia, de recuperação e de apoio a toxicômanos e de fisioterapia), abarcando serviços secundários e terciários de referência para todo o Estado de Minas Gerais. Trabalham na Fundação um contingente de 11.250 trabalhadores, o que representa cerca de 46% dos empregos do sistema estadual de saúde, sendo que aproximadamente 40% são contratos temporários (contrato administrativo). O surgimento do projeto coincidiu com uma greve que se arrastava por mais de 60 (sessenta) dias, num contexto de crise e de insatisfação funcional generalizada, que havia praticamente imobilizado a instituição. A idéia da distribuição dos ganhos de produtividade foi então introduzida na pauta das negociações, por iniciativa da direção da instituição, como estratégia de resolução do impasse. Caracterizada como estratégia gerencial a proposta foi logo após implementada com o nome de *Gratificação de Incentivo à Eficientização de Serviços (GIEFS)* tendo posteriormente seus mecanismos sido regulamentados através de lei estadual (Minas Gerais, 1994).

A proposta da FHEMIG centrava-se, na implantação de um sistema de incentivos à produtividade dos hospitais (GIEFS - Gratificação de Incentivo a Eficientização de Serviços) que consistiu na distribuição, aos seus funcionários, de 30% da receita decorrente da prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os critérios para o pagamento do incentivo baseavam-se em três pontos essenciais: a qualificação profissional, a quantidade de horas contratadas e a assiduidade. O primeiro, seria o indicador de qualidade, medido pelos anos de escolaridade; o segundo, o de esforço ou intensidade do trabalho, medido pelo número de horas contratadas; e o terceiro de um “certo” compromisso com o trabalho, medido pelo número de faltas e de licenças médicas (Memorando SUPEGE 039/93 de 25 de agosto de 1993).

O objetivo geral da distribuição de parte da receita era, segundo a proposta, permitir que pela participação no produto de seu trabalho, os funcionários passassem a ter mais compromissos com a eficiência e maior adesão aos objetivos institucionais (Machado, 1995).

## 4.2 OS RESULTADOS

A proposta demonstrava ser uma estratégia gerencial consciente que buscava não somente melhoria imediata e pontual da produtividade mas o estabelecimento de um novo padrão de relações de trabalho. Parece nítida, primariamente, a intenção de conseguir a adesão da maioria dos trabalhadores, com a possibilidade de aumento de rendimentos para todos os membros da instituição que atingissem os objetivos de produção. Entretanto, por motivos políticos e ausência de um corpo gerencial consistente e aderido a proposta o processo estacionou na cobrança de aumento da eficiência.

Entretanto, alguns questionamentos podem ser feitos à proposta de incentivo: a) a questão da diferenciação justa da remuneração de acordo com a intensidade do trabalho não pode prender-se apenas ao número de horas contratadas, ao seu cumprimento e assiduidade. Na verdade, é necessário que se busquem formas mais eficientes de medir a participação do indivíduo no esforço coletivo de trabalho; b) a utilização da escolaridade como indicador de trabalho pregresso não o retrata com fidelidade. Seria necessário avançar na questão do custo oportunidade, especialmente no que respeita as especialidades para que a proposta seja vista como justa e baseada em normas de equidade (Hsiao, 1992). Pode-se dizer também que a proposta levanta a questão da penosidade do trabalho e só arranha a do risco. A aversão ao risco estaria associada a maior exposição do trabalhador a variações nos seus ganhos (Pontes, 1995, Weitzma & Kruse, 1990).

### 4.2.1 VARIAÇÃO NA PRODUÇÃO E PRODUTIVIDADE

A receita operacional (hospitalar e ambulatorial) chega a dobrar entre 1992/95, passando de 15 milhões de dólares para 32 milhões. Apesar da receita hospitalar ter crescido cerca de 72%, neste período, é o crescimento da ambulatorial que se destaca, crescendo cerca de duas vezes e meia (276%). Em 1992 representava 20% do total da receita operacional, passando a 35% em 1995. A produção hospitalar cresceu 20% entre 1992-95. Neste mesmo período, ocorreu quaduplicação da produção ambulatorial. Além de um tendência de ambulatorização dos serviços de saúde, pode-se inferir que as diferenças de aumento de produção entre os dois setores podem estar relacionadas, ainda que indiretamente, a um estrito aumento de registros (Tabela 1).



Tabela 1 - Indicadores de Produção, FHEMIG, 1992-95

RECEITA OPERACIONAL e INDICADORES	ANOS			
	1992	1993	1994	1995
RECEITA OPERACIONAL <sup>a</sup>	15 386 654,71	21 553 919,81	28 005 490,42	32 206 893,97
HOSPITALARES				
Nº de AIH	58 915	70 582	62 692	62 112
Valor produção AIH*	12 582 046,71	17 079 088,41	19 944 262,92	21 650 126,07
AMBULATORIAIS				
Nº produção ambulatorial	1 227 192	2 920 163	4 425 067	5 746 756
Valor produção ambulat*	2 804 608,00	4 474 831,40	8 061 227,50	10 556 767,90

<sup>a</sup> Valores em dólar

Fonte: DATASUS, Divisão de Planejamento e Informática da FHEMIG

Notam-se contradições nos indicadores de produtividade da capacidade instalada. Enquanto ocorreu uma redução do número de AIHs por leito disponível, houve um aumento do valor destas por cada leito. O ritmo da queda do número de AIHs por leito disponível é constante, atingindo seu ápice entre 1994/95 (-28%). O esforço de aumentar a capacidade instalada - 1301 leitos em 1992 e 1800 em 1995 - não correspondeu a um aumento da produção (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicadores de Produtividade da Capacidade Instalada, FHEMIG, 1992-95

LEITO DISPONÍVEL/ANO e INDICADORES	ANOS			
	1992	1993	1994	1995
Leito disponível	1 301	1 697	1 615	1 800
Nº AIH/Leito disponível	45,28	41,59	38,82	34,51
Valor AIH/Leito disponível <sup>a</sup>	9 671,06	10 064,28	12 349,39	12 027,85

<sup>a</sup> Valores em dólar

O aumento da produtividade dos Recursos Humanos ocorreu, entretanto, sem alteração no número de trabalhadores (Tabela 3). Entre 1992/93, o aumento da produtividade de RH no setor ambulatorial foi de 371% na produção e 279% no valor desta e nas internações de 6% no número de AIH e de 73% no seu valor. O mesmo ocorreu em relação ao número de RH por leitos disponíveis. Houve um decréscimo de 17% entre 1992 a 1995

Tabela 3 - Indicadores de Produtividade de Recursos Humanos, FHEMIG, 1992-95

NÚMERO DE RH e INDICADORES	ANOS			
	1992	1993	1994	1995
Número de RH	9 283	8 815	8 623	9 212
Número de AIH/RH	6,35	8,01	7,27	6,74
Valor AIH/RH <sup>a</sup>	1 355,39	1 937,50	2 312,91	2 350,21
Produção Ambulatorial/RH	132,20	331,27	513,17	623,83
Valor Produção Ambul/RH <sup>a</sup>	302,12	507,64	934,85	1.145,98
RH/leito disponível/ano	9,58	8,31	8,90	7,97

<sup>a</sup> Valores em dólar

#### 4.2.2 PERCEPÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE INCENTIVO

Apesar de trabalhadores e gerentes relacionarem o incentivo com o aumento da produção negam-no ao dizerem que é mera complementação salarial; ao conseguirem a divisão igualitária (*per capita*) do incentivo, tendo como critério único a assiduidade; ao considerarem que não se deve utilizar incentivos à produção no setor público de saúde. Os argumentos utilizados baseiam-se na especificidade da produção em saúde, na dificuldade em se definir e medir sua produtividade e na necessidade de se considerar a qualidade do cuidado e no argumento de que o trabalho em saúde é essencialmente em equipe, e que o excesso de competição individual compromete a disposição à cooperação intertrabalhos e interpessoal.

*“... é igual para todo mundo, independente de categoria, carga horária, e perde-se alguma coisa quando tem um número grande de faltas e licença ilimitada...”*

*“... então a produtividade está realmente ligada à frequência. Inclusive uma das coisas que eu coloco para o funcionário que chega, é que a falta perde a produtividade. Porque ele já vai pensando na produtividade. Todo mundo já sabe que é salário X mais produtividade. Então virou realmente, complemento, inclusive o funcionário que chega já soma, o salário e a produtividade, vai dar tanto. Então fica bem claro pra ele desde o início que a partir do momento que ele falta ele perde a produtividade...”*

*“...no princípio da discussão todo mundo foi unânime em dizer que não houve uma discussão por parte da FHEMIG para colocar os parâmetros e tetos, tudo mais. Então, o que passou para gente foi isso: Oh, registrar! Tem que registrar! Porque, senão, não tem produtividade! De repente, talvez isso, essa má explicação, tenha feito subir esses registros. Tenha feito subir esses registros, representando esse aumento artificial. Porque as coisas estavam acontecendo, só que não estavam sendo registradas. ...”*

*“... porque se pagasse um salário digno para a gente não precisava pagar produtividade, não. Você produz. Quanto mais você ganha você produz. Agora, com esse salário que você está ganhando, você não tem incentivo com nada...”*

*“... porque eu acho que você lidar com vidas humanas é completamente diferente do que você produzir uma garrafa de coca-cola. Então, eu acho que produtividade em área de saúde é um erro gravíssimo. Dependendo dos critérios de avaliação que você vai ter, você larga a qualidade de lado e investe na quantidade...”*

*“... mas você não consegue tratar do seu paciente, do seu cliente, se você não tiver um suporte do serviço de nutrição e dietética, se não tiver o suporte da radiologia. Se você não tiver... Então! Então é uma coisa entrelaçada. Ninguém trabalha sozinho. O trabalho tem que ser em equipe. Na minha opinião, cada pessoa dentro do seu setor, ele está desenvolvendo um trabalho, ele está produzindo...”*

*“... a reação do sindicato, corporativista, foi muito grande. As pessoas não querem ser medidas. Os hospitais como um todo não eram assim. Nós, diretores, não estávamos prontos para esse embate, não queríamos esse embate, todos queriam se manter nos cargos...”*

Articulando-se com base na troca, o conflito incide, em primeiro lugar, sobre o objeto de disputa central e depois sobre as regras do jogo. Desta forma, a definição dos critérios passou a ser, num segundo momento, o epicentro do conflito tanto entre gerência e trabalho como intertrabalho.

*“... o cara que estudou anos e anos, ele tem que ser recompensado. Mas eu acho que aí entra em contradição, entra em choque. Pelo seguinte: o fato dele ter estudado, ter uma escolaridade maior não significa que ele produz mais. O salário dele já é maior, a carga horária de trabalho dele é menor...”*

*“... aí a gente que ficava no hospital dia ligava para a internação: “Vem dar uma mão aqui!. Está, estou indo!”, respondia. Batia o telefone e falava: “Não vou não, eles estão ganhando produtividade maior do que eu, eles que se virem lá...”*

*“... porque na minha unidade é igual mas, antes a área essencial recebia mais, que é a de urgência. Aí levou em assembléia, achou que não, que não trabalhava mais. Hoje a reclamação é enorme. Principalmente o pessoal da enfermagem que trabalha em urgência, sem sombra de dúvidas, eles trabalham bem mais do que quem trabalha fora dessa. E quem trabalha fora da área, tem consciência disso só que acha que quem..... Então, começa a confusão, está enorme...”*

*“... no início ela era distribuída de acordo com o seu nível de escolaridade e com a sua carga horária de trabalho. Eram os critérios que existiam. Então, alguns ganhavam, era pouco, sempre foi, mas tinha um pequeno critério diferencial. Como foi piorando o salário e os funcionários que recebem menos pressionaram através das associações, e como os critérios não eram lá muito claros, as direções resolveram, por bem, distribuir igualmente para todos....”*

Nas Unidades em que houve maior participação, tanto do diretor no processo de tomada de decisão no nível central, como dos trabalhadores dentro das Unidades, esta foi percebida como um importante fator para o aumento da produção, da cooperação, da redução do comportamento “carona”, e do conflito entre gerência e trabalho e intertrabalhos.

*“... aquele momento da FHEMIG, eu acho que foi um momento muito importante de mobilização dos funcionários da FHEMIG, de participação ativa, intensiva na vida da instituição. Eu acho que a base principal naquele período foi essa. Em todas as unidades houve grandes movimentos, de que os funcionários participassem efetivamente da vida dos hospitais, das unidades, do poder decisório, chegando todas as unidades a eleger diretorias hospitalares e constituíram colegiados de direção. Eu acho que esse é o pano de fundo principal, ao meu ver, daquele período da FHEMIG...”*

*“... naqueles setores de internação nós tínhamos problemas com atrasos. E o atraso era discutido na avaliação de desempenho e tinha uma pontuação menor, aqui. Então, aquele auxiliar de enfermagem que eventualmente não comparecia na hora certa, na troca de plantão, ele era penalizado pela equipe dele. Porque essa avaliação é uma autoavaliação em grupo. Então, o grupo ia até o chefe dele e podia questionar. Se ele*

*não aceitasse, isso ia subindo até uma certa possibilidade de eu, enquanto diretor, ser o desempatador daquela dúvida, mas ele tinha processos em que podia rediscutir. Normalmente não saía de lá. Se a equipe questionava, “você está atrasando, você está prejudicando o seu colega, e isso é complicado, isso complica o trabalho. Porque, de manhã cedo, eu tenho que arrumar os meninos, dar banho, dar café da manhã, dar medicação. Se você atrasa na troca de plantão você atrapalha!” Eu diria que nisso nós tivemos melhorias...”*

*“... mas foi o que foi decidido em assembléia, não foi assim por meia dúzia de pessoas, não. Foi um auditório, lotado com mais de 200 pessoas. É um direito. Agora, se mudar, votar, como está sendo um processo democrático, muda-se novamente...”*

*“... é uma forma, inclusive, do seu colega não te explorar também. Porque você não vai deixar, não. Se ele vai no final do mês, no dia de receber, ele vai receber - se é pelo setor - ele vai receber, você vai receber X, ele vai receber X, você vai cobrar dele trabalhar. Você vai por ele para frente! Ou então você vai levar ao conhecimento da pessoa responsável – “olha, ele não está produzindo e eu estou produzindo...” e para alcançar o padrão, o nível, lá, eu estou me desdobrando! Aí você não vai querer, vai? Você vai ter que entregar. Aí pode até criar realmente, como ela citou, atrito. Mas eu acho que a partir da hora que você está trabalhando com a pessoa que quer te explorar, você não tem nem que pensar que está criando atrito, você tem que cobrar mesmo...”*

#### 4.3 DISCUSSÃO

Observamos que os indicadores selecionados de produção e de produtividade apresentaram um aumento significativo no ano da efetiva implantação da forma de remuneração por resultado coletivo, (1993), quando comparado com o ano imediatamente anterior, (1992). Entretanto, estes indicadores passam a ter um comportamento errático em anos consecutivos - variando de intensidade e sentido - com tendência a voltar a patamares ligeiramente superiores ao de 1992. Na maioria dos estudos, no setor saúde a tendência de não sustentação da produção e produtividade ao longo do tempo tem sido ponto comum. Algumas explicações também foram aventadas, como: a perda de novidade, o surgimento de resistentes, a redução da participação, o aumento do comportamento de tipo “carona”, e a aversão ao risco (Pontes, 1995; Barcusa & Cleek, 1994; Perrow, 1992; Kohn, 1991; Weitzman & Kruse, 1990; Naff & Pomerlau, 1988; Channon, 1986). No caso estudado, deve-se enfatizar a exigüidade de tempo real da superintendência e da coordenadoria condutora do processo para total implantação e correções necessárias à forma de remuneração adotada. Seus mecanismos só foram regulamentados no segundo semestre de 1994, ou seja, no final da gestão (Minas Gerais, 1994). Deve-se ressaltar, que não existia anteriormente ou foi desenvolvido qualquer mecanismo de aferição da produtividade, portanto, seria difícil imputar à implantação do incentivo condicionado ao resultado todas as alterações na produção e/ou na produtividade, ainda que se tenha obtido um bom subproduto: a diminuição de subregistros.

Podemos perceber no discurso tanto dos diretores como dos trabalhadores que, apesar de reconhecerem que o aumento da produção e produtividade estaria correlacionada à implantação do incentivo condicionado, afirmam que ao longo do tempo este transformou-se em mera complementação salarial e mecanismo de controle do absenteísmo, único critério atualmente utilizado na distribuição igualitária do incentivo. A ausência de uma política de avaliação de desempenho, e a não explicitação dos critérios de avaliação por meio de uma planilha de indicadores, seja individual ou em grupo e a desvinculação de ambos aos objetivos propugnados não induziu o surgimento novas práticas que alterassem positivamente o processo de trabalho. Entretanto, podemos dizer que ele introduz, se não em todas as Unidades, pelo menos na maioria, discussões e até mesmo a efetivação de participação dos trabalhadores no processo de decisão. Desta forma, a participação através de medidas capazes de promover o funcionamento de equipes responsáveis por definir e gerenciar um amplo espectro de decisões sobre o processo e organização de seu trabalho, constituiria forma eficiente de obter maior cooperação dos trabalhadores e reduzir o conflito gerência e trabalho e intertrabalho no interior das organizações. A participação no processo de decisão torna-se, portanto, uma conseqüência à exposição do trabalhador ao risco que é potencializado pela remuneração flexível, porque envolve uma exposição ao risco nos ganhos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos dizer que a utilização de incentivos condicionados leva à mudança positiva do patamar da produção de serviços e da produtividade, ainda que esta não se sustente ao longo do tempo. Entretanto, a utilização de tais alternativas deveria ser parte consciente de uma estratégia mais geral de desenvolvimento organizacional, e não apenas como peça isolada direcionada a melhorias pontuais na produtividade.

Sua adoção deve contemplar as diferenças entre as organizações e, dentro destas, as culturas específicas de determinados setores de prestação de serviços de saúde. Portanto, sua utilização pode ser muito efetiva se estiver alinhada com a missão e culturas de trabalho de uma organização. Ponto a destacar é a necessidade de sua vinculação ao processo de planejamento no geral e à avaliação de desempenho no específico, num processo de reavaliação e de ajustes. Estes ajustes apontam para a adoção não somente de divisão de lucros ou de produtividade, mas especialmente para a divisão de poder, ou seja, a necessidade de maior participação dos trabalhadores nas decisões.

## AGRADECIMENTOS

Ao apoio financeiro da *Organização Panamericana de Saúde e da Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en El Cono Sur*, ao empenho por parte da direção e chefias de setor da Fundação Hospitalar de Minas Gerais no sentido de viabilizar cada etapa do trabalho. Aos trabalhadores e diretores entrevistados o nosso agradecimento. Aos estagiários Romero de Castro Vieira; Renata Bibiani de Aguiar Marques; Paula Mendes Werneck da Rocha e Leonardo Augusto Cimino Pereira pelo empenho e vivacidade que trouxeram ao nosso trabalho.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barcusa A, Cleek M. 1994. Measuring gainsharing dividends in acute care hospitals. *Health Care Manage Rev* . 19: 28-33.
- Cecílio, LCO 1994. Inventando a mudança no hospital: o projeto “Em defesa da vida” na Santa Casa do Pará. In: Cecílio, LCO (org) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec. Cap.5, p.187-234.
- Cecílio, LCO 1997. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. In: Merhy, EE & Onocko R (orgs) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec. Cap. 12, p.373-385.
- Channon B. 1986. Executive incentives plans for hospitals. *THCF*. 12: 27-38.
- Cherchiglia, ML; Girardi, SN; LAC. 2000. Remuneração e produtividade na Fundação Hospitalar de Minas Gerais: a percepção dos trabalhadores e gerentes. (enviado à Revista de Administração Pública/FGV em agosto de 1999 – aguardando aceite).
- Cherchiglia, ML; Girardi, SN; Vieira, RC; Marques, RBA; Rocha, PMW; Pereira, LAC. 1998. Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995, *Rev Panam Salud Publica* 4 (2),
- Fekete, MC. 1999. Sistemas de incentivos como instrumentos de gestão do trabalho em saúde. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Estadual de Londrina.
- Flannary TP, Hofrichter DA, Platten P. 1996. Alinhando remuneração à estratégia de mudanças e à cultura das organizações. *RAE Light* . 3: 23-27.
- Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 1993. Memorando SUPEGE 039/93 de 25 de agosto de 1993.
- Girardi SN. A Força de trabalho no setor saúde. 1991. *Divulgação em Saúde em Debate*. 4: 12-18.
- Hsiao WC. 1992. An overview of the development and refinement of the Resource-Based Relative Value Scale, *Med Care*. 30: (Suppl).
- Kohn A. 1991. Why incentives plans cannot work, *Harvard Business Rev*. sep/oct: 54-63.

- Machado FA. 1995. É possível curar as instituições estatais?: FHEMIG, subsídios para um estudo de caso. *Educ Med Salud*. 29: 139-152.
- Medici AC, Girardi SN. 1996. Produtividade e Força de Trabalho em Saúde: Uma Abordagem Pragmática para sua Mensuração. Belo Horizonte, mimeo, 30p.
- Meyer HH; Kay E & French Jr JRP. 1997. Divisão de papéis na avaliação de desempenho. In: Vroom, VH. *Gestão de pessoas, não de pessoal* Rio de Janeiro: Campus, cap.2, p.175-188.
- Minas Gerais.1994. Lei Nº 11.550 de 29 de Julho de 1994. Belo Horizonte.
- Ministério da Educação. 1992. *Estudo sobre o sistema de incentivo à produtividade em hospitais universitários*. Brasília.
- Ministério da Saúde, CONASS; OPAS. 1997. *Situação sobre vínculo empregatício e incentivos no âmbito das SES*- Informações consolidadas. 2ªed, Brasília: junho
- Nadler DA. 1983. Avaliação de desempenho e sistemas de recompensas. In: Nadler, DA. ed. *Comportamento organizacional*. Rio de Janeiro: Campus; 67-80.
- Naff K & Pomerlau R. 1988. Productivity gainsharing: a federal sector case study. *Public Personnel Manage*. 17: 403-419.
- Nuti DM. 1993. Alternative employment and payment systems. In: Bowles, S., 2ed. *Markets and democracy: participation, accountability and efficiency*, Cambridge University Press. cap. 3, p.40-47.
- Oficina Internacional del Trabajo. 1985. *La Remuneración por rendimiento*. Ginebra: OIT;
- Oliveira Júnior, M. 1996. Políticas de administração de RH na área de saúde: falência total ou novas perspectivas? *Divulgação em saúde para debate*. 14, p.37, 1 ago.
- Pierson DA, Williams JB. 1994. Compensation Via Integration. *Hosp Health Netw*. 5: 28-38.
- Pontes MC. 1995. Agency theory: a framework for analyzing physician services. *Health Care Manage Rev* 20: 57-67.
- Santana JP. 1993. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. *Cadernos RH Saúde*. 1: 51-62.
- Shyavitz L; Rosenbloom D, Conover L. 1985. Financial incentives for middle managers: pilot program in an inner city, municipal teaching hospital, *Health Care Manage Rev* 10: 37-44.
- Solow RM. 1990. *The labor market as social institution*. New York: Basil Blackwel.
- Walzer, M 1994. Social meanings and subjetivism. Harvard University Press;
- Weitzman ML, Kruse DL. 1990. Profit sharing and productivity. In: Blinder, A.S. ed. *Paying for productivity: a look at the evidence*. Washington: The Brooking Institution; 95-142