

# Pesquisa em Saúde Pública

## Documentos Técnicos

Concursos Regionais  
Gestão dos Recursos Humanos

12

Remuneração e produtividade na  
Fundação Hospitalar de Minas Gerais:

A percepção dos  
trabalhadores e gerentes

Mariangela Leal Cherchiglia  
Sábado Nicolau Girardi  
Leonardo Augusto Cimino Pereira



Coordenação de Pesquisas  
Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano

Organização Pan-americana da Saúde  
525 23rd Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037-2895, EUA

Maio 1999

---

**A Serie de Documentos Técnicos** foi criada pela Coordenação de Pesquisas, Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano (HDP/HDR) da Organização Pan-americana da Saúde, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) para difundir os documentos metodológicos, relatórios e notícias dos projetos de pesquisa financiados pelo Programa de Subvenções para a Pesquisa da OPAS.

Os Documentos Técnicos constituem um meio de difusão rápida e oportuna dos resultados de pesquisa e não se constituem em publicações cientificamente validadas e profissionalmente editadas.

**Os Concursos Regionais de Pesquisa** são convocatórias de caráter regional para a apresentação de propostas de pesquisa em temas relevantes para a saúde pública dos países de América Latina e o Caribe. As convocatórias se realizam anualmente e os pesquisadores enviam suas propostas de acordo com os termos de referência e os requisitos correspondentes a cada concurso.

O **Concurso Regional sobre a Gestão dos Recursos Humanos, Qualidade e Produtividade em Saúde** foi convocado em 1995 e se financiaram três propostas de pesquisa. Tiveram como objetivo contribuir à produção de conhecimento para promover y desenvolver o desenho, a execução e a avaliação de inovações na Gestão de Recursos Humanos com vistas ao incremento da qualidade e da produtividade nos serviços de saúde.

As opiniões expressas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade y não refletem necessariamente os critérios nem a política da Organização Pan-americana da Saúde nem dos Estados Membros.

**Desenho do logotipo "Building blocks", na capa**  
Coordenação de Pesquisa/Unidade de Desenho Gráfico

**Desenho de capa**  
Clara I. Rodriguez

**Desenho e composição de texto**  
Suzanna Stephens, M.A.

---

## Índice

RESUMO .....	1
INTRODUÇÃO .....	2
PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....	3
Constituição dos grupos.....	5
A PERCEÇÃO DOS AGENTES .....	5
Percepção dos diretores.....	5
Percepção dos trabalhadores .....	7
PERCEÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE INCENTIVO: ALGUNS ELEMENTOS DE DISCUSSÃO .....	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	16
BIBLIOGRAFIA .....	17

---

# Remuneração e produtividade na Fundação Hospitalar de Minas Gerais: A percepção dos trabalhadores e gerentes<sup>1</sup>

Mariangela Leal Cherchiglia<sup>2</sup>  
Sábado Nicolau Girardi<sup>3</sup>  
Leonardo Augusto Cimino Pereira<sup>4</sup>

## RESUMO

**E**ste trabalho analisa como os trabalhadores e a gerência da Fundação Hospitalar de Minas Gerais perceberam e transformaram a proposta de remuneração condicionada à obtenção de resultados introduzida em 1993. Para o estudo pontual da percepção dos atores foram realizadas entrevistas semi-estruturada com o corpo diretivo e grupos focais multiprofissionais e funcionais de trabalhadores. Esta percepção foi confrontada com os dados obtidos num estudo prévio que identificou as mudanças dos principais indicadores de produção de serviços entre 1992 e 1995. Observa-se que o discurso tanto dos diretores como dos trabalhadores é permeado por três questões chaves, sendo duas delas também centrais na teoria principal-agente: a aversão ao risco, a assimetria ou informação incompleta e a participação. Estas questões parecem ser fundamentais para um sucesso duradouro na adoção de uma remuneração flexível. Subestimar o peso desses fatores, especialmente a participação no processo decisório, poderia transformar uma proposta de

---

<sup>1</sup> Este trabalho é parte da pesquisa “Formas de remuneração, cooperação no trabalho e produção de serviços de saúde: O caso da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 1992-1995, apoiada pela *Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en El Cono Sur* e pela Organização Pan-americana de Saúde. Ao empenho por parte da direção e chefias de setor da Fundação Hospitalar de Minas Gerais no sentido de viabilizar cada etapa do trabalho e aos trabalhadores e diretores entrevistados o nosso agradecimento. Foi publicado em 2000 na *Revista de Administração Pública* (RAP) 34 (2): 99-119.

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena 190, 9º andar, sala 9001, Santa Efigênia, BRA-30.1300-100 Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Correio eletrônico: [cherchml@medicina.ufmg.br](mailto:cherchml@medicina.ufmg.br).

<sup>3</sup> Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena 190, 9º andar, sala 9001, Santa Efigênia, BRA-30.1300-100 Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Correio eletrônico: [girardis@metalink.com.br](mailto:girardis@metalink.com.br).

<sup>4</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena 190, 9º andar, sala 9001, Santa Efigênia, BRA-30.1300-100 Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Correio eletrônico: [cherchml@medicina.ufmg.br](mailto:cherchml@medicina.ufmg.br).

remuneração condicionada a resultados, como ocorreu no estudo de caso específico, em mera complementação salarial.

## INTRODUÇÃO

Desde o início dos anos noventa, o processo de reforma do Estado brasileiro tem introduzido novos conceitos de gestão que buscam produzir serviços mais eficientes, profissionais e orientados ao consumidor. Busca-se, assim, a transformação de um modelo burocrático de gestão da saúde para um de orientação gerencial flexível, capaz de responder às necessidades de articulação com o mercado, em geral, e com o mercado de trabalho, em particular.

A reorganização do setor saúde, especialmente os ajustes nos serviços públicos de saúde, tem provocado o surgimento, na agenda dos diferentes níveis governos, de diversas fórmulas que combinam alterações nos elementos de um contrato de trabalho introduzindo, assim: a) flexibilização da remuneração (divisão de lucro ou pagamento relacionado a performance individual ou da organização; b) divisão de poder (participação dos trabalhadores no processo decisório da organização); c) flexibilidade de contrato (contratos temporários de trabalho, terceirização) (Nutti, 1993).

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). A FHEMIG colocou-se entre as organizações de saúde do setor público brasileiro que, inovando em sua gestão, buscou maximizar as possibilidades de mudanças, preservando sua natureza pública. Esta Fundação introduziu no conjunto de suas unidades assistenciais, a partir do primeiro semestre de 1993, mecanismos de compensação de desempenho e de produtividade de seus funcionários, complementares à remuneração fixada em salário.

A proposta da FHEMIG visou, basicamente, alterar duas características de um contrato de trabalho: a divisão de uma parte da receita e a criação de uma instabilidade, ainda que temporária. A proposta centrava-se, sobre dois mecanismos: a) a 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 dois pontos essenciais: a qualificação profissional e a quantidade de horas contratadas. 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 b) a instituição de um quadro mínimo essencial de trabalhadores, opcional até 50% da força de trabalho de cada Unidade. A tal quadro mínimo essencial eram oferecidas condições especiais de remuneração, incentivos de

atualização técnico-científica, exigências e compromisso. O acesso e a permanência no quadro eram resultado da opção dos funcionários e da aprovação do diretor da Unidade (Machado, 1995).

O artigo pretende compreender como os processos sociais, intencionais e não intencionais, transformaram a estratégia de remuneração condicionada à obtenção de resultados coletivos adotada no âmbito da Fundação Hospitalar de Minas Gerais: como os implementadores e os agentes destinatários dessa proposta, os diretores e os trabalhadores de saúde, a perceberam e a transformaram.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com o corpo diretivo e grupos focais multiprofissionais e funcionais de trabalhadores. Esta percepção foi confrontada com os dados obtidos num estudo prévio que identificou as mudanças de indicadores selecionados na produção de serviços entre 1992 e 1995. Neste trabalho preliminar, utilizou-se como fontes de informação a Autorização de Internação Hospitalar-AIH, a Guia de Autorização de Pagamento-GAP e o Boletins da Administração de Recursos Humanos. Observou-se que houve um crescimento expressivo e constante da receita própria, proveniente da prestação de serviços ao SUS. 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. O aumento da produtividade dos Recursos Humanos ocorreu, entretanto, sem alteração no número de trabalhadores. A análise dos indicadores selecionados pareceu confirmar trabalhos encontrados na literatura de que a utilização de forma de remuneração por resultado ou 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. Corroborou, também, a idéia de que a utilização de tais alternativas é parte consciente de uma estratégia mais geral de desenvolvimento organizacional, e não apenas como peça isolada direcionada a melhorias pontuais na produtividade (Cherchiglia, Girardi, Vieira, Marques, Rocha & Pereira, 1998).

Como referencial de análise reportamo-nos a uma das concepções teóricas que tem embasado, na atualidade, a discussão sobre formas alternativas de gestão nas organizações de provisão de serviços de saúde: a teoria de agência (Smith, Stepan, Valdamis, & Verheryen, 1997; Pontes, 1995; Bowles et al., 1993; Mooney & Ryan, 1993; Robison, 1993; Weitzman & Kruse, 1990; Perrow, 1992). Uma relação de agência está presente quando uma parte (o principal) contrata outra parte (o agente) para realizar ações pertencentes ou de interesse do principal e delegar decisões para o agente. Tal relação existe quando uma parte provê bens ou serviços para outra em troca de uma compensação. As partes são motivadas por interesse próprio e o contrato é voluntário. Segundo Perrow (1992), a teoria está centrada em três premissas: a) a primeira é comum entre a maioria dos economistas: os indivíduos tendem a maximizar seus próprios interesses; b) a segunda seria mais específica da teoria de agência: a vida social é uma série de contratos ou trocas governadas pelo interesse próprio competitivo; e c) a terceira aplicar-se-ia à análise interna

da organização: a monitoração de contratos é cara e na maioria das vezes ineficaz. Portanto, contratos irão ser descumpridos devido ao interesse próprio ou aos custos e à inefetividade de seu monitoramento. Oportunismo é o conceito chave para analisar a relação principal-agente. Tal conceito descreve a discrepância entre o comportamento dos indivíduos *ex ante* e *ex post* numa situação contratual. Como agente e principal têm competências específicas e, ao mesmo tempo, existe uma assimetria de informação entre eles e os indivíduos são mais avessos aos riscos do que a maioria das organizações porque tais organizações podem diversificar seus riscos, surge espaço para o oportunismo. Dois importantes conceitos estão relacionados às manifestações de oportunismos: o da seleção adversa, e o do “risco moral”. O conceito de seleção adversa resulta da incapacidade do principal em observar perfeitamente as intenções e as habilidades do agente antes do contrato estar vigorando. Para proteger seus interesses o principal freqüentemente requer que o potencial agente apresente algumas evidências de sua competência e habilidades tais como qualificações acadêmicas, certificados de conselhos ou associações profissionais e licença do Estado. O conceito de “risco moral” resulta da impossibilidade do principal ter informações perfeitas e completas sobre as ações do agente após o contrato estar vigorando, pois o agente pode tentar servir a seus próprios interesses em detrimento dos do principal. Para proteger seus interesses, o principal pode oferecer ao agente um contrato que especifica a extensão de sua compensação em contingência a certos comportamentos ou resultados.

## PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Realizou-se um estudo pontual da percepção dos diretores e trabalhadores da FHEMIG sobre a relação entre a remuneração condicionada a resultado coletivo e a produção de serviços e a disponibilidade à cooperação entre gerência e trabalho e intertrabalhos. Confrontou-se esta percepção com os dados obtidos no primeiro momento da pesquisa no qual identificaram-se as mudanças dos principais indicadores de produção de serviços entre 1992 e 1995 (Cherchiglia, Girardi, Vieira, Marques, Rocha & Pereira, 1998).

No levantamento da percepção da gerência foram realizadas 10 (dez) entrevistas semi estruturadas com os diretores das Unidades à época da implantação da remuneração condicionada ao resultado e do quadro mínimo e com o superintendente e a coordenadora do projeto de Gratificação de Incentivo à Eficientização de Serviços (GIEFS). Estas entrevistas foram gravadas sem identificação e desgravadas tão logo transcritas, mantendo-se o seu anonimato.

Para a análise da percepção dos trabalhadores constituíram-se quatro grupos pequenos (8–10 pessoas) de composição heterogênea (“*heterogeneous sampling*”) (Academia para el Desarrollo Educativo, HealthCom & USAID), tomando em consideração as seguintes variáveis: profissão de base; especialidade da unidade hospitalar; posição funcional, especialidade médica. A escolha dos integrantes foi feita aleatoriamente a partir do cadastro de profissionais das unidades hospitalares obtido no Departamento de Pessoal da direção geral da FHEMIG. Os integrantes de cada grupo foram voluntários selecionados a partir da disponibilidade e interesse em participar dos grupos. Procurou-se contar, nos diferentes

grupos, com pelo menos um representante de cada unidade hospitalar que estivesse trabalhando na FHEMIG desde o período de implantação da proposta.

### **Constituição dos Grupos**

*Grupo 1*—Médicos de diferentes especialidade: pediatra (02), infectologista (01), anesthesiologista (01), cirurgião geral (01), ortopedista (01), ginecologista (01), neurologista (01), e psiquiatra (01);

*Grupo 1*—Profissionais de Nível Superior em Serviços de Saúde: enfermeiro (03), assistente social (03), farmacêutico (02) e fisioterapeuta (01);

*Grupo 1*—Profissionais Auxiliares de Enfermagem e outros auxiliares do Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica (SADT): auxiliar de enfermagem (05), técnico-radiologista (03) e laboratorista (02);

*Grupo 1*—Grupo Administrativo: auxiliar administrativo de diferentes setores (financeiro 03, compras 02, enfermarias 05).

Todos os procedimentos de observação (entrevistas e grupos focais) foram realizados pela equipe de investigação, buscando apreender a percepção dos agentes sobre os objetivos da proposta; sobre o processo decisório na definição dos critérios de distribuição do incentivo; sobre o grau de informação dos agentes em relação aos objetivos da proposta; se houve ou não alteração na produção e/ou produtividade e na cooperação no trabalho a partir da implantação da remuneração condicionada e do quadro mínimo; sobre os conflitos surgidos durante a implantação da proposta e as formas utilizadas para contorná-los. Aos participantes dos grupos era feito, inicialmente, uma apresentação do projeto e dos resultados da primeira fase. Foi encaminhado a cada diretor, antes da entrevista, o artigo com a análise dos resultados da Fhemig e os de sua Unidade.

Para análise da percepção foram utilizadas as categorias analíticas chaves na teoria agente-principal: a aversão ao risco pelos trabalhadores e a assimetria ou informação incompleta em uma relação contratual, além da participação no processo decisório. Estas três categorias reportou-nos ao binômio central de uma relação social: a cooperação e o conflito.

## **A PERCEPÇÃO DOS AGENTES**

### **Percepção dos diretores**

Para a superintendência e a comissão de implantação eram claros os objetivos da proposta de distribuição de parte da receita e da criação de um quadro mínimo: buscava-se que os funcionários através da participação no produto de seu trabalho, passassem a ter mais compromissos com a eficiência e com a instituição, possibilitando, também, maior cobrança no sentido de aumentar a efetividade e eficiência. Esta proposta inseria-se em um projeto mais global de revitalização e reestruturação da FHEMIG, que encontrava-se

sucateada, com funcionários desmotivados, com salários defasados, com mecanismos gerenciais precários e desgastada por uma greve longa. A utilização de incentivo condicionado funcionaria como elemento mestre que possibilitaria remunerar melhor o funcionário, ao mesmo tempo que seria um estímulo ao seu engajamento no projeto de reestruturação da FHEMIG.

Entretanto, se os objetivos da proposta eram bastante claros para a superintendência e a coordenação do projeto, o mesmo não acontecia com os diretores.

Assim, a visão de incentivo condicionado ao resultado (GIEFES) como possibilidade de aumento salarial aos funcionários, dentro da conjuntura política da época, é consensual entre os diretores, não sendo claro, entretanto, o seu papel de condicionador de resultados ou de comportamento ou motivador. Também, os que perceberam que esta proposta inseria-se em uma estratégia mais geral de desenvolvimento organizacional, e não apenas como peça isolada direcionada a melhorias pontuais na produtividade, foram minoria.

A ausência de clareza dos objetivos pode estar conectada ao nível de informação e participação dos diretores na formulação da proposta. Para alguns ela foi uma imposição da superintendência, para outros uma reivindicação do colegiado dos diretores, alguns, entretanto, participaram ativamente da elaboração, se não do desenho do projeto, dos critérios utilizados para sua distribuição.

Apesar de perceberem a proposta como ferramenta gerencial, sua utilização como tal variou entre os diretores. Foi utilizada como mecanismo de controle sobre os funcionários e como motivador. Entretanto, também, como apenas melhoria salarial, negando-se, assim, seu caráter instrumental de gerência. Essa negação do caráter gerencial da proposta, parece ser devida, na opinião de alguns diretores, ao temor aos riscos advindos de uma relação conflituosa com os funcionários e com o sindicato resultante de uma instabilidade institucional da gerência no setor público. Acrescente-se que muitos deles foram eleitos pelos próprios funcionários, estabelecendo-se uma relação de cumplicidade entre estes e os diretores.

Os diretores tinham autonomia para definir os critérios considerando as especificidades do processo de trabalho de sua Unidade, desde que contemplasse aqueles estabelecidos pela Superintendência (critérios de escolaridade e carga horária contratada). Uma parte dos diretores simplesmente implementou os critérios propugnados pela Superintendência. A maioria, entretanto, procurou agregar, aos critérios preestabelecidos, outros segundo a necessidade e perfil de sua Unidade. Devido ao nível de conflito, as Unidades definiram os critérios em assembleias ou através de comissão de funcionários. Deve-se ressaltar que mesmo entre aqueles que procuraram implantar critérios diferenciados, estes têm sido substituídos ao longo do tempo pela divisão per capita, sendo que o de assiduidade é o único critério que permanece comum a todas as Unidades.

Quanto ao “quadro mínimo” existe uma polaridade nas opiniões dos diretores quanto ao valor de sua utilização como ferramenta gerencial: uns simplesmente o desconsideraram, principalmente devido ao nível de conflito que a proposta gerava, enquanto outros não somente o implantaram como o defenderam como o melhor mecanismo gerencial pois

criava uma instabilidade e conseqüentemente maior compromisso do funcionário. Por alterações na legislação trabalhista da FHEMIG, o quadro mínimo não existe atualmente.

A percepção do aumento de produção é contraditória. Enquanto alguns afirmam que houve aumento real da produção outros negam terminantemente. Para estes o incremento no número de procedimentos e de seu valor deveu-se exclusivamente ao aumento do número e da qualidade dos registros dos procedimentos realizados. O aumento de produção seria uma reversão do histórico subregistro no setor público de saúde. Segundo os diretores não existia anteriormente ou foi desenvolvido qualquer mecanismo de aferição da produtividade, seja individual ou em grupo, portanto, não havia como imputar a implantação da remuneração condicionada ao resultado às possíveis alterações na produção e/ou na produtividade, ainda que se tenha obtido um bom subproduto: a diminuição de subregistros.

Em relação à percepção dos funcionários à proposta são unânimes em afirmar que receberam-na favoravelmente, embora o sindicato tenha se colocado inicialmente contra a implementação da proposta. Os funcionários a perceberam ou a transformaram, então, em complementação ou aumento salarial, mesmo para as categorias profissionais como a de auxiliares de enfermagem em que o montante recebido era expressivo em relação ao salário base (cerca de 25 a 40%). Desvinculando-se, assim, qualquer relação entre a parcela variável dos ganhos com o resultado obtido.

Na opinião dos diretores, a força motivadora do incentivo financeiro, que eventualmente tenha existido no início da proposta, perdeu-se completamente ao longo do tempo. Hoje, mais do que nunca, o funcionário da FHEMIG percebe a parte variável da remuneração apenas como ganho salarial estando absolutamente desvinculada de qualquer critério de produção.

Nem todos os diretores posicionaram-se favoravelmente às mudanças proposta (GIEFES e quadro mínimo), entretanto, eles foram unânimes em reconhecer que a introdução desta proposta acarretou, pelo menos naquele momento, mudança na vida e na cultura da Instituição. Ao gerar conflito, permitiu maior participação dos funcionários na discussão sobre as condições e o processo de trabalho e a responsabilização.

## **Percepção dos trabalhadores**

Para os auxiliares de enfermagem e de SADT e os médicos a proposta de remuneração ou incentivo condicionado a resultados surgiu em um contexto de crise institucional, insatisfação generalizada, com baixos salários e uma greve longa e desgastante que praticamente paralisou a Instituição. Segundo eles a proposta seria uma forma da Superintendência poder dar aumento salarial, através desse incentivo. Ao mesmo tempo desmobilizava os funcionários e o sindicato da reivindicação salarial desviando suas atenções para a discussão do incentivo. Assim, desde o início foi apreendido como complementação salarial, colocando na falta de informação e discussão ou na falta de participação a não compreensão da proposta como incentivo condicionado à resultados. Os profissionais de nível superior e os administrativos, por sua vez, perceberam a proposta, pelo menos no início, como incentivo à produção, ao desempenho e à eficiência, relegando

a segundo plano o aspecto de complementação salarial. Esta percepção diferenciada estaria conectada ao maior grau de informação dos primeiros e a especificidade do trabalho dos segundos (controle da produção), que por sua vez esta ligado a informação.

Há consenso de que no início os critérios de escolaridade, carga horária de trabalho e de assiduidade prevaleceram em todas as Unidades, sendo que algumas agregaram os critérios de “setores críticos” em que o trabalho ou era essencial ou tinha uma carga de stress maior. Também é consenso que, atualmente, o único critério diferencial dentro de uma Unidade é o de assiduidade (número de faltas e/ou atestados médicos) mesmo naquelas onde ainda prevalecem os critérios de escolaridade e carga horária de trabalho. Na maioria das Unidades o incentivo é distribuído igualmente entre todos os funcionários considerando apenas o absenteísmo.

Entretanto, se os profissionais de nível superior e os médicos consideram justo o critério de escolaridade esse é veementemente combatido pelos auxiliares de enfermagem e SADT, que questionam que o mesmo já se encontraria incorporado no salário e carga horária de trabalho diferenciados e mesmo na desigualdade de oportunidade em nossa sociedade.

Em relação à distribuição igualitária não há consenso nem entre as categorias profissionais e nem dentro dessas. Alguns argumentam em favor da igualdade por ser mais justo, menos conflituoso e pela dificuldade em definir e medir a produtividade no setor saúde. Enquanto, outros questionam a distribuição igualitária, pois o compromisso e a cooperação variam de trabalhador para trabalhador e como o único critério é a assiduidade, haveria uma desmotivação para a produção individual. Uma vez que não se tem nenhum esquema de acompanhamento do resultado individual e até mesmo coletivo, as posturas não-cooperativas não são detectadas imediatamente, com o resultado de esforços individuais diluindo-se no coletivo gerando o comportamento “carona” ou “parasitário”. Outro argumento levantado contra é a diferença de penosidade, stress e responsabilidade das áreas meios (administrativa da Unidade e da superintendência) das finalísticas (que trabalham diretamente com o paciente).

Se é consenso para os auxiliares de enfermagem e SADT, profissionais administrativos e de nível superior que no início da implantação da proposta houve aumento da produção e da produtividade qualquer relação entre tais incrementos e a proposta de incentivo condicionado é veementemente negada pelos médicos.

Em relação ao aumento e melhoria da qualidade dos registros de procedimentos há consenso entre os grupos, embora os motivos alegados sejam diferentes. Para os médicos este fato estaria relacionado à forma de financiamento dos serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que mudou de retrospectivo ou global para prospectivo baseado em grupos de diagnóstico (Autorização de Internação Hospitalar – AIH) ou por cada procedimento realizado no setor ambulatorial. Nesta forma de pagamento, o registro de procedimentos realizados é vital para posterior cobrança da instituição financiadora. Portanto, haveria pressão da diretoria e do setor de faturamento para se registrar mais e fazê-lo corretamente, desconsiderando o incentivo. Os profissionais da área administrativa apesar de relacionarem este motivo atribuem o aumento e a melhoria dos registros à GIEFES pois a

parte variável da remuneração dependia dos registros. Esta é a principal razão apontada, unanimemente, pelos auxiliares e profissionais de nível superior.

Foi dada pouca importância ao quadro mínimo nos quatro grupos de agentes, principalmente por não estar vigorando mais.

Há consenso entre os auxiliares, profissionais administrativos e de nível superior que a proposta de incentivo condicionado ao resultado trouxe conflito entre as categorias, as unidades, interpessoal e com a gerência. Estes conflitos eram devidos principalmente aos critérios adotados que diminuiriam com a divisão igualitária e com o desgaste da proposta com o passar do tempo.

A temporalidade da eficácia desta proposta, ou seja, a não manutenção dos níveis de produção ao longo do tempo, é consenso entre os auxiliares, profissionais administrativos e de nível superior. Segundo eles o incentivo passa a ser somente uma complementação desvinculada da produção, do esforço de registrar e do compromisso tendo como único condicionante a assiduidade. Dois fatores foram apontados como causadores dessa desmotivação: a) como não havia avaliação de desempenho que monitorasse o trabalho individual ocorreu uma generalização de comportamento tipo “carona”; b) ocorreu uma desvinculação entre a percepção do esforço despendido e do volume de trabalho e o valor da parte variável, ou seja, o volume de trabalho tem sido cada vez maior enquanto o valor do incentivo tem diminuído nos últimos anos. Segundo eles este fato está relacionado à mudança dos critérios (passou-se a dividir igualmente); ao aumento do número de funcionários através de Contratos Administrativos (contratos por tempo determinado sem estabilidade); e do limite da capacidade instalada, tecnológica e da cota de internações e procedimentos ambulatoriais previamente autorizado pelo SUS (Teto de procedimentos para cada Unidade). Chamam atenção para o fato de que as Unidades tem tido uma demanda cada vez maior e por isso têm realizado procedimentos e internações acima do teto estabelecido apesar de não serem mais pagos pelo SUS. Os médicos negam qualquer relação entre o aumento e/ou queda da produção à remuneração condicionada ao resultado.

É unanimidade entre todos os participantes dos grupos que a melhor forma de remuneração no setor público de saúde é a forma por tempo, com um salário “digno” que possibilite um único emprego. Entretanto não é consensual entre estes a utilização de remuneração e/ou incentivos condicionados a resultados, individual ou coletivo. Os auxiliares de enfermagem e SADT, os médicos e os profissionais de nível superior são contrários à remuneração condicionada ao resultado, argumentando a especificidade da produção em saúde e da dificuldade em definir-se e medir-se sua produtividade, especialmente no setor público. Além disso, em um trabalho essencialmente em equipe, como o da saúde, esta proposta teria um potencial gerador de conflitos entre intertrabalhos e interpessoal muito grande. Os profissionais administrativos concordam que uma remuneração baseada em resultado pode ser motivadora no incremento da produção desde que se tenha mecanismos de avaliação de desempenho individual para amenizar os efeitos de comportamento tipo “carona” e que mesmo os conflitos poderiam ser benéficos.

É consensual a necessidade de que uma proposta de remuneração condicionada a resultado seja participativa e constantemente reavaliada para que seus aspectos motivacionais não se percam com o tempo.

## PERCEPÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE INCENTIVO: ALGUNS ELEMENTOS DE DISCUSSÃO

Observamos no estudo anterior que os indicadores 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) (Cherchiglia, Girardi, Vieira, Marques, Rocha & Pereira, 1998). 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 (5, 9–10, 12–15). Estes resultados vão ao encontro da percepção tanto de diretores como dos trabalhadores da FHEMIG, permitindo-nos observar, também em seus discursos, algumas evidências que nos possibilitam compreender melhor como a proposta de remuneração condicionada ao resultado foi apreendida e transformada dentro de um processo social.

Ao se fazer uma análise do material empírico podemos dizer que o discurso tanto dos diretores como dos trabalhadores é permeado por três questões chaves: a aversão ao risco, a assimetria ou informação incompleta e a participação no processo decisório, que nos remete ao binômio central de uma relação social: a cooperação e o conflito.

Num ambiente como o do setor público de saúde, no qual a rigidez das relações de trabalho, as interferências políticas com mudanças constante do corpo diretivo da organização e especialmente as dificuldade financeira são marcas históricas, a introdução de uma proposta de remuneração dependente de resultado vai suscitar nos trabalhadores o afloramento da aversão ao risco, mesmo com a estabilidade advinda de um salário fixo (3–5, 9). Apesar de relacionarem essa remuneração com a produção negam-na 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 a melhor forma de remuneração no setor público de saúde é a por tempo, ou seja, por salário, não se devendo utilizar incentivos à produção.

“... não há informação e com um medo muito grande hoje, porque já que a produtividade passa a fazer parte do salário, ela não foi explicada antes, então, existe um medo muito grande da ---- saúde estar fazendo parte do salário, um complemento. Ela deixou de ser esse incentivo e passou a ser um complemento para determinadas categorias...”

“... 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...”

“... eu acho que melhor forma de remuneração é um bom salário e ponto final. Não precisa de ter mais ajuda de custo, “ticket” refeição, vale-transporte. Ter um bom salário enfiar a mão no bolso e pago tudo que eu quiser...”

“... 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...”

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. Utilizam, assim, os mesmos argumentos encontrados na literatura sobre as dificuldades na adoção de remuneração condicionada ao resultado no setor saúde (Kohn, 1991; Channon, 1986; Shyavitz, Rosenbloom & Conover, 1985; Walzer, 1994; Medici & Girardi, 1996).

“... 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...”

Para os diretores, a aversão ao risco materializa-se na fragilidade e ambigüidade da gerência no setor público, onde ficam prensados entre responder à Superintendência e a necessidade de legitimarem-se perante os trabalhadores, que muitas vezes os elegeram. Soma-se a isso, a temporalidade do cargo pois não existe carreira de gerente na FHEMIG. O conflito é visto como uma ameaça futura quando não se estará mais ocupando o cargo, ou se pretende ocupar outros postos gerenciais de nível mais elevado, assim, os conflitos devem ser evitados enquanto se é diretor.

“... 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...”

“... primeiro porque ele não é preparado e segundo porque não há uma carreira para o gerente no serviço público...”

“... foi por pouco tempo, tiveram o juízo de voltar atrás. Só nos trouxe problemas. Não vi nenhuma vantagem nisso. Como eu vou administrar uma coisa dessas? Houve ciúmes, visto como relação diferenciada da diretoria com alguns funcionários. Foi um tumulto, o caos. Houve boa intenção, mas foi uma coisa criada em gabinete...”

“... eu não sou diretor, eu estou diretor, o outro não é gerente ele está gerente. Isso muda ou a cada quatro anos por opção do governo ou por processos internos de escolha que eu também defendo...”

Em relação à assimetria ou informação incompleta pudemos observar que sua utilização ou não no processo de decisão variou conforme a sua utilidade para os agentes (diretores e trabalhadores) dentro daquela relação social de cooperação. Uma relação social apresenta-se como uma cooperação conflitual entre atores numa produção, os quais entram inevitavelmente em conflito devido às suas posições desiguais (Crozier, 1980). No caso específico, o conflito manifestou-se tanto na definição de objetivos da proposta quanto na definição dos critérios de distribuição do incentivo.

Dada a desigualdade dos meios e das posições de cada um, as regras de troca fazem-se quase sempre com vantagem para quem dispõe dos melhores trunfos e informação, desequilíbrio este que engendra conflito (Meurs, 1993). O conflito é, portanto, inerente à cooperação porque é gerado pela desigualdade entre as partes e instituído pelas regras que organizam essa participação. A conduta conflitual é uma conduta de pressão na qual cada ator tenta melhorar sua posição e seu domínio sobre o que está em jogo, ao mesmo tempo que assegura a cooperação necessária. Assim, os trabalhadores e os diretores são unânimes em dizerem que a não compreensão da proposta deve-se à ausência ou incompletude da informação. Ao mesmo tempo aproveitam dessa assimetria ou informação incompleta para não se comprometerem com a proposta de aumento da produção e mudança de comportamento. Esta assertiva leva-nos a corroborar um questionamento feito à teoria de agência por não considerar o limite da racionalidade (Perrow, 1992). Ela analisa os efeitos da informação imperfeita mas implicitamente assume uma resposta perfeita dos agentes à informação. Nesse sentido os agentes podem beneficiar-se da liberdade de escolha ao seguirem ou desviarem-se das regras, o que ocorre, dentro de determinado limite de tolerância (através de instituições sociais, normas culturais, mecanismos psicológicos internos) (Heiner, 1993). Podemos argumentar, em adição, que os agentes poderiam ser psicologicamente afetados por várias motivações parcialmente conflitivas sobre o que é mais ou menos desejável (do que ser guiado por uma simples compreensão e um sistema de valores auto-consistente) (Elster, 1985).

“...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. ...”

“... no hospital que eu trabalho as GIEFEs são divididas igualmente entre todas as categorias e cada mês vem um valor diferente. Tem mês que vem muito mais, mas, tem mês

que vem muito menos. Aí, eles perguntam para a gente: porque que esse mês veio menos que mês passado? E a gente não tem de onde responder. Nem a gente sabe o porque dessa diferença! E eles não sabem o que eles estão fazendo que está contribuindo para aquele montante entrar no salário. Então, eles ficam assim: será que é o trabalho que eu estou fazendo aqui dentro? Será que é a taxa de sala do procedimento que foi passada lá, para dentro, é que está contribuindo com isso? Será que são as anotações? Então a gente não sabe responder. E procura saber com os coordenadores e eles também não sabem responder...”

“... é tanto que lá no Hospital, eu lembro, eu sei que eu também não liguei muito, o importante que eu queria saber era o valor que eu ia receber, não é?...”

“... a coisa estava já numa situação tão grave que nós não nos importamos, de início, saber o que é - de onde veio, ele estava chegando. Igual o dia em o banco que errou, lá, e depositou um dinheiro errado na sua conta, lá, dependendo da situação que você está, você fica calado e depois você paga o empréstimo....”

“... eram poucos os (diretores) que tinham clareza e queriam ampliar esses objetivos...”

“... a distribuição da produtividade levava em função da carga horária, como o Superintendente coloca nessa portaria, que foi uma portaria muito discutida. Então, quem trabalhava seis horas, oito horas, ganhava mais do que quem trabalhava quatro. Isso era uma coisa clara...”

“... eu acho que faltou uma discussão sobre os objetivos, caracterizar bem isso. Nós (diretores) achamos que era uma coisa boa mas, não fizemos uma discussão sobre os impactos...”

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. Sendo produto da desigualdade entre as partes e das suas relações de forças, as regras não são neutras, portanto, são fontes de conflito. Segundo Crozier (1980) o conflito deve-se à codificação parcial, provisória e contingente das regras do jogo: parcial, porque as regras não podem prever tudo e os atores fazem sempre questão de guardar uma margem de liberdade, evitando fechar-se num sistema demasiado constrangedor; provisória, porque os trunfos, circunstâncias e situações podem mudar e modificar a relação de força entre os parceiros; contingente, porque está estreitamente dependente daquilo que a precede, bem como das percepções e antecipações que cada uma das partes elabora em relação à outra.

“... 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...”

“... a instituição é médica. Na verdade, a responsabilidade deve ser do médico, não é? Maior. Só que nem sempre é o médico quem trabalha mais. A instituição é médica e muitas vezes o médico é o que menos trabalha. Então, eu acho que não dá para medir por esse parâmetro...”

“... 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...”

“... e isso foi conflitante na relação com os médicos, com os assistentes sociais, com os psicólogos, dos psicólogos com os administrativos, dos administrativos entre si, da enfermagem com o pessoal do laboratório. Era sempre conflitante, eu não tenho a menor dúvida...”

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 cooperação, redução do comportamento do tipo “carona”, e do conflito entre gerência e trabalho e intertrabalhos, o que estaria de acordo com as teorias participativas (Coker et al., 1997; Wyszewianski & Kratochwill, 1997; Zonsius & Murphy, 1995). Uma das críticas feitas à teoria de agência é, justamente, a pouca relevância dada a este aspecto. A teoria de agência postula que com a participação o número de decisores ou agentes cresce, portanto, o custo e a dificuldade de monitoramento também cresce, levando alguns autores a concluir que arranjos participativos são inevitavelmente ineficientes (Levine & Tyson, 1990). Entretanto, Levine & Tyson (1990) propugnam que mesmo quando se utiliza uma teoria econômica como a de agência para explicar uma relação contratual, uma alternativa para a ineficiência não cooperativa é permitida pela estratégia cooperativa. Nessa estratégia a organização convence seus membros que colocar os esforços em conjunto é, essencialmente melhor do que colocá-los separadamente, diminuindo o interesse auto centrado em relação ao coletivo. Trabalhando junto as equipes reconhecem seus interesses mútuos e observam como o comportamento carona pode ser prejudicial ao grupo. Esse comportamento, impõe um custo observável diretamente pelos outros trabalhadores, então sanções sociais podem ser

aplicadas contra trabalhadores que desviam de um trabalho cooperativo, principalmente quando existem esquemas de incentivos em grupo.

“... ele (superintendente) tinha a prática de reunir com frequência os diretores dos hospitais e ambulatorios das unidades. Isso era uma prática na administração dele, para discutir diversos problemas, como ampliação de leitos, destino de recursos, distribuição da renda, etc. Era um fórum, tipo um plenário, onde foi discutida a criação da produtividade, porcentagem de cada hospital, a distribuição ...”

“... 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...”

“...passou a haver uma compreensão mais integrada do serviço, as pessoas a entender que trabalho realizado pelo setor de compras é fundamental para o trabalho do ambulatório e que o trabalho do ambulatório é fundamental para o setor de compras. Essa integração nós passávamos a discutir...”

“... 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...”

“... eu acho que idéia deve ter sido boa, porque no início, pelo menos no lugar que eu trabalho, houve muita discussão, assembléia, participação. Nos estabelecemos, pelo menos no local onde eu trabalho, fomos nós que estabelecemos nossos critérios de produtividade. Recebemos muitas informações...”

“... 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 form, 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...”

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos dizer que o discurso tanto dos diretores como dos trabalhadores é permeado por três questões chaves, sendo duas delas também centrais na teoria principal-agente: a aversão ao risco, a assimetria ou informação incompleta e a participação. Esta percepção vai transformar a proposta de remuneração condicionada a resultados em um elemento, aparentemente de menor risco e conflito: em complementação salarial. Perde-se assim, o caráter gerencial de alteração de produção que a proposta trazia em seu bojo. Entretanto podemos dizer que ela 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. Assim, 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, constitui 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 consequência à exposição do trabalhador ao risco que é potencializado pela remuneração flexível, porque envolve uma exposição ao risco nos ganhos

A percepção do trabalhadores e diretores corrobora a conclusão de nosso trabalho anterior de tendência de não sustentação da produção e produtividade ao longo do tempo devido à perda de novidade, ao surgimento de resistentes, à redução da participação, ao aumento do comportamento de tipo “carona”, e à aversão ao risco. Confirma, também, que a utilização de remuneração condicionada a resultados deve ser pensada como parte integrante do todo maior do sistema das relações de trabalho concretas, quer dizer das relações individuais e coletivas (entre organizações) entre trabalho e gerência, que se estabelecem no interior das organizações, e não apenas como peça isolada direcionada a melhorias pontuais na produtividade.

A questão da aversão ao risco, da assimetria ou informação incompleta e da participação parecem ser centrais para o sucesso duradouro na adoção da remuneração condicionada ao resultado. Subestimar o peso desses fatores, especialmente a participação no processo decisório, pode transformar uma proposta de remuneração condicionada a resultados, como ocorreu no estudo de caso específico, em mera complementação salarial, situação que permanece até o momento atual.

## BIBLIOGRAFIA

- Academia para el Desarrollo Educativo, HealthCom & USAID (1995) *Manual para excelencia en la investigacion mediante grupos focales* (1ª reimpressão). Washington, DC: Academia para el desarrollo educativo / Healthcom / USAID 1995.
- Barcusa, A. & Cleek, M. (1994) Measuring gainsharing dividends in acute care hospitals. *Health Care Management Review* 19: 28–33.
- Bowles, S. et al. (1993) *Markets and democracy: Participation, accountability and efficiency*. Cambridge / New York: Cambridge University Press.
- Channon, B. (1986) Executive incentives plans for hospitals. *Topics in Health Care Financing* 12: 27–38.
- Cherchiglia, M.L.; Girardi, S.N.; Vieira, R.C.; Marques, R.B.A.; Rocha, P.M.W.; Pereira, L.A.C. (1998) Remuneración y productividad: El caso de la Fundación Hospitalaria de Minas Gerais, Brasil, 1992–1995. *Revista Panamericana de Salud Pública* 4 (2).
- Coker, M. et al. (1997) Implementation of total quality management after reconfiguration services on a general hospital unit. *Psychiatric Services* Feb/48 (2): 231–236.
- Crozier, M. (1980) *Actors and systems: The politics of collective actions*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Elster, J. (1985) *The multiple self*. London/Cambridge: Cambridge University Press.
- Heiner, R.A. (1993) Imperfect choice and rule-governed behavior. In: S. Bowles (2nd ed.) *Markets and democracy: Participation, accountability and efficiency* (Cap. 5, págs. 68–85). Cambridge / New York: Cambridge University Press.
- Kohn, A. (1991) Why incentives plans cannot work. *Harvard Business Review* (Sep/Oct): 54–63.
- Levine, D.I. & Tyson, L.D. (1990) Participation, productivity, and firm's environment. In: A.S. Blinder (ed.) *Paying for productivity: A look at the evidence* (págs. 95–142). Washington: The Brooking Institution.
- Machado F.A. (1995) É possível curar as instituições estatais?: FHEMIG, subsídios para um estudo de caso. *Educ Med Salud* 29: 139–152
- Medici, A.C. & Girardi, S.N. (1996) *Produtividade e Força de Trabalho em Saúde: Uma Abordagem Pragmática para sua Mensuração*. Mimeo. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Meurs, M. (1993) Agency problems and comparative systems' theory. In: S. Bowles (2nd ed.) *Markets and democracy: Participation, accountability and efficiency* (Cap. 7, págs. 116–126). Cambridge / New York: Cambridge University Press.
- Mooney, G. & Ryan, M. (1993) Agency theory in health care: Getting beyond first principles. *Journal of Health Economics* 12: 125–135.
- Naff, K. & Pomerlau, R. (1988) Productivity gainsharing: A federal sector case study. *Public Personnel Management* 17: 403–419.
- Nuti, D.M. (1993) Alternative employment and payment systems. In: S. Bowles, *Markets and democracy: Participation, accountability and efficiency* (2nd ed.: Cap. 3, pág. 40–47). Cambridge / New York: Cambridge University Press.
- Perrow, C. (1992) Economic theories of organization. In: S. Zukin & P. DiMaggio, *Structures of capital: The social organization of the economy* (págs. 121–152). Cambridge / New York: Cambridge University Press.

- Pontes, M.C. (1995) Agency theory: A framework for analyzing physician services. *Health Care Management Review* 20: 57–67.
- Robison, J. (1993) Payment mechanism, non-price incentives, and organizational innovation in health care. *Inquiry* 30: 328–333.
- Shyavitz, L.; Rosenbloom, D. & Conover, L. (1985) Financial incentives for middle managers: Pilot program in an inner city, municipal teaching hospital. *Health Care Management Review* 10: 37–44.
- Smith, P.C.; Stepan, A.; Valdamis, V. & Verheryen, P. (1997) Principal-agent problems in health care systems: An international perspective. *Health Policy* 1 (41): 37–60.
- Walzer, M. (1994) Social meanings and subjectivism. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weitzman, M.L. & Kruse, D.L. (1990) Profit sharing and productivity. In: A. S. Blinder (ed.) *Paying for productivity: A look at the evidence* (págs. 95–142). Washington: The Brooking Institution.
- Wyszewianski, L. & Kratochwill, E.W. (1997) Changing clinicians' behaviors in an academic medical center: does institutional commitment to total quality management matter? *American Journal of Medical Quality* Spring/12 (1): 3–10.
- Zonsius, M.K. & Murphy, M. (1995) Use of total quality management sparks staff nurse participation in continuous quality improvement. *Nursing Clinicians of North America* Mar/30 (1): 1–12.

---

**Coordenação de Pesquisas**  
*Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano*  
**Pesquisa em Saúde Pública**

**DOCUMENTOS TÉCNICOS**

ACTITUDES Y NORMAS CULTURALES FRENTE A LA VIOLENCIA EN CIUDADES SELECCIONADAS DE AMÉRICA LATINA Y ESPAÑA (PROYECTO ACTIVA)

1. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
2. Cuestionario y manuales del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
3. ¿Quién es violento? Factores asociados con comportamientos agresivos en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
4. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
5. Base de datos y documentación del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA

SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PROYECTO SABE)

6. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE
7. MINIMENTAL STATE EXAMINATIONS (MMSE) del estudio de demencia en Chile: Análisis estadístico
8. Cuestionario del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE

EQUIDAD Y SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (PROYECTO ELAC)

9. Material Living Conditions and Health in the United States, Canada and Western Europe: Review of Recent Literature and Bibliography

CONCURSOS REGIONAIS

Gestão dos Recursos Humanos

10. Implantação de Programas de Qualidade Total em serviços de atenção primária à saúde: Avanços e dificuldades
11. Recursos Humanos e Trabalho Coletivo em Saúde: A equipe multiprofissional

- 
12. Remuneração e produtividade na fundação hospitalar de Minas Gerais:  
A Percepção dos trabalhadores e gerentes

#### Reformas do Setor Saúde

13. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS)
14. La descentralización de la Salud: El caso de tres municipios colombianos
15. El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994–1996
16. La transferencia de la prestación de Servicios de Salud a los Pobres del sector público al sector privado. Una evaluación preliminar del nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios

---

Para obter informação ou solicitar cópias destes documentos, favor comunicar-se com seguinte direção:

Coordenação de Pesquisas/Programa de Subvenções  
Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano  
Organização Pan-americana da Saúde  
525 23rd Street, N.W.  
Washington, DC. 20037, EUA  
Fone: (202) 974-3117  
Fax: (202) 974-3680  
Correio eletrônico: RGP@paho.org