

Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde

Mario Roberto Dal Poz ²

Célia Regina Pierantoni ³

Thereza Christina Varella ⁴

Texto elaborado para a Organização Pan-americana de Saúde, (contrato ASC-97/00109-0).

² Médico, Doutor em saúde pública, professor adjunto, Instituto de Medicina Social, UERJ.

³ Médica, Doutoranda em saúde coletiva, professora assistente, Instituto de Medicina Social, UERJ.

⁴ Enfermeira, Mestre em saúde pública, pesquisadora associada, Instituto de Medicina Social, UERJ.

Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde (HSP)

Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (HSR)

Organização Pan Americana de Saúde

Organização Mundial da Saúde

junio 1997

INDICE

<i>Introdução</i>	1
<i>Implicações e limitações da produtividade em serviços de saúde</i>	5
<i>As diferentes abordagens de produtividade</i>	7
Tabela 1: Programa de Saúde da Família: mapa de controle pré-natal (exemplo).....	8
Tabela 2: Diferenças entre produtividade e performance	9
Tabela 3: Função da produtividade.....	10
<i>Produtividade, MOTIVAÇÃO E OS PROCESSOS DE REFORMA</i>	13
<i>INDICADORES E INCENTIVOS DE PRODUTIVIDADE</i>	17
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	21
<i>Referencias adicionais sobre o tema</i>	23

Introdução

A dificuldade em definir o que seja a produção na maioria das empresas de serviço reveste-se em um dos principais problemas para definir medidas de produtividade. Observa-se que a produtividade neste setor dado as suas características peculiares, dificilmente pode ser mensurada como um agregado e, ademais, é extremamente complicada a busca de caminhos possíveis para efetuar a desagregação de todas as particularidades.

Os serviços de saúde apresentam algumas características que tornam este setor diferenciado.

“(...) Embora seja indiscutível a importância da tarefa de acolher pessoas em suas singulares experiências de sofrimento, manter/recuperar ou melhorar o estado de saúde das comunidades, salvar e prolongar vidas de pessoas, a mensuração quantitativa e objetiva dessas atividades, de seus níveis necessários e adequados, revela-se bastante problemática.”
(Médici & Girardi, 1996)

O intenso processo da divisão do trabalho nas sociedades modernas, com a conseqüente especialização de funções, não se verificou apenas no setor produtivo, estendendo-se cada vez mais ao setor serviços, este em nítida predominância na economia atual. A partir da década de 1930, a proporção de serviços em geral passou a crescer continuamente em relação ao volume total de trabalho. Tal grupo de atividades constitui no presente o setor terciário da economia, englobando nessa designação todo trabalho que não possa ser classificado como pertencente ao setor primário ou ao secundário. Estudos realizados sobre a participação dos empregos em serviços no total da economia americana mostram que em 1961 era de 54% e em 1987 76%, em contrapartida a perspectiva de crescimento da produtividade no setor mantenha significativa lentidão quando relacionado com o da indústria de transformação (Adams e Siwaraksa, 1987 apud Moreira, 1993).

No entanto, os mercados de serviço são revestidos de alguns atributos *negativos*: geram produtos não materiais; não podem ser estocados ou transportados; não são, ou são menos, suscetíveis à racionalidade técnica; sua produtividade não é, ou dificilmente é, passível de medida; não são considerados produtivos segundo o conceito da economia política clássica (Offe, 1989).

As dificuldades de se transportar os modelos de gestão aplicados na indústria para o setor de serviços são conhecidas, e consistem, entre outras, no fato dos mesmos serem perecíveis, na interveniência do consumidor no processo de prestação de serviços, na simultaneidade entre prestação e consumo e na dificuldade de padronização e controle de

qualidade, que se acentua quanto maior for o grau de intangibilidade dos mesmos (Ramos e Silva Jr. 1996).

Um ‘serviço’ é considerado como o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho. Trata-se de atividade cujo produto não assume forma de objeto oferecido diretamente ao consumidor. Define-se, portanto, essencialmente, por sua utilidade imediata, dirigida ao atendimento de uma necessidade, e realiza-se no âmbito do consumo privado, individual ou coletivo. Utilizando-se de uma simplificação conceitual poderíamos definir a produtividade em serviços como a razão entre os serviços prestados e o número de funcionários e equipamentos utilizados.

Pela co-participação do cliente na esfera de produção, requer para análise, portanto, a observância de dois aspectos: primeiro, a singular imposição de resguardar a particularidade em função do próprio cliente; segundo, a obediência a normas e regras gerais que permitem controlar a qualidade. Advém daí as limitações dos mecanismos de controle e a necessária flexibilidade deste tipo de atividade. Torna-se indispensável buscar o ponto de equilíbrio entre a individualização e a padronização, ou seja, deve-se “... *normalizar simultaneamente o caso e individualizar a norma*” (Offe, 1989:137).

A produtividade dos serviços de saúde, longe de significar um fato pontual, está na agenda de discussão das reformas do setor, embutida no rol de transformações políticas e sociais que colocam em cena a cidadania e a hegemonia das transformações do mundo capitalista. Independente do cenário que justifique mudanças, a ordem econômica comanda essas reformas. A ineficiência dos sistemas de saúde pode ser medida pela forma como são alocados os recursos no setor (Banco Mundial, 1997), que há muito demonstram ausência de correlação entre os gastos em saúde e indicadores como esperança de vida e mortalidade infantil. Ainda mais, considerando a distribuição desigual desses recursos e serviços, que contribui para acentuar as desigualdades sociais, o aparato de saúde e conseqüentemente o investimento a ele dispensado, se afasta da real necessidade do usuário.

Para Médici (1995), “dado que os gastos com saúde e os custos dos sistemas de saúde tendem a crescer mais do que os índices de preços e que, a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos de saúde não traz maiores incrementos na expectativa de vida da população, torna-se necessário estabelecer medidas que permitam racionalizar os gastos com saúde.”

O setor saúde —parte constitutiva do setor serviços— integra-se ao atual estágio da economia mundial mantendo suas principais características na organização da produção. Assim, o trabalho em saúde abandona o âmbito individual e coletiviza-se, vindo a ocupar espaços institucionais e a reunir um contingente crescente de trabalhadores que produzem em cooperação¹. Não obstante sua semelhança na organização do processo de trabalho com o setor produtivo, a incorporação tecnológica na saúde não produz economia de força de trabalho²; ao contrário, passa a demandar novas ocupações, configurando o setor saúde como de mão de obra intensiva.

A decomposição do trabalho em tarefas parciais torna-se a tônica na produção em saúde, em atendimento às exigências de aumento de produtividade.

A complexidade que envolve o conceito de produtividade pode ser medida pela observação dos múltiplos mecanismos que determinam a crise do setor saúde e que impulsionam a necessidade de mudanças na relação insumo/produto. Um primeiro mecanismo é a precipitação da contração do dispêndio em saúde produzida pela crise econômica mundial levando a baixos ou inadequados investimentos, como no caso de países europeus com políticas de bem estar social. Um segundo mecanismo é a insatisfação da clientela com os serviços de saúde, apesar dos gastos elevados como pode ser observado na América do Norte.

Nos serviços de saúde o conceito de produto pode ser um conceito pouco definido. A atividade em saúde comporta diversificados processos de trabalho, que incluem ações que podem delimitar uma maior padronização e outras de difícil padronização. O benefício a ser alcançado é a saúde que pode ser atribuído ao serviço prestado, porém de difícil mensuração (como por exemplo, a assistência médica) e generalização. Este *produto* pode não contemplar as expectativas do usuário e da sociedade (Azevedo,1993).

Mais ainda, não pode ser mensurado somente com critérios baseados na relação simplificada de diminuição de custos e rentabilidade econômica. A incorporação tecnológica, por exemplo, reconhecidamente aumenta os custos da prestação de serviços de saúde. Porém, pode ser necessária para determinar novos patamares de qualidade de saúde de uma determinada população, particularmente nos países em desenvolvimento, onde verificamos a convivência de doenças do primeiro mundo com as do terceiro.

A dimensão do tempo também não pode ser considerada pelo tempo imediato. O tempo utilizado como uma variável quantitativa, um recurso que pode ser utilizado, economizado ou desperdiçado, assume uma dimensão diversificada daquela proposta para mensuração da produtividade em atividades industriais. Em saúde, determinadas ações preventivas só podem ser mensuradas, pelo controle da incidência de doença ou complicações, após períodos prolongados de observação.

Implicações e limitações da produtividade em serviços de saúde

O conceito de produtividade em saúde agrega, além dos aspectos quantitativos, aspectos qualitativos que envolvem, além das dimensões individuais, as dimensões de um determinado grupo populacional e seu contexto social, ao longo do tempo.

Desta forma, o serviço de saúde produz vacinações, consultas, cirurgias, porém a expectativa da clientela é diminuir o risco de determinada doença e melhorar seu estado de saúde (Azevedo,1993).

A dificuldade de se trabalhar com generalizações tem sido um fator importante para o desenvolvimento de métodos para medida de produtividade no setor de serviços. A comparação entre unidades de serviço é impedida pela diversidade de atores ou componentes internos e externos à organização.

Diante de tais características pode-se observar que a mensuração da produtividade em serviços de saúde deve estar de alguma forma atrelada a organização do processo de trabalho. Resta indagar se o trabalho em saúde obedece a uma única modalidade de organização. A resposta certamente seria não, dado as diversidades da produção deste setor. Seria possível comparar o trabalho realizado em um laboratório com o trabalho realizado em uma unidade básica de saúde ou desta com uma unidade hospitalar? Ainda mais complexo seria analisar dentro de um hospital as várias unidades produtoras, como lavanderia, serviço de nutrição e dietética, unidade de emergência, enfermarias. Fica patente que, apesar de tais serviços guardarem relação entre si, sua forma de produção é diferente. Assim já nos encaminhamos para uma primeira premissa - não é possível estabelecer uma padronização única para medidas de produtividade em serviços de saúde.

Nogueira (1994) ressaltava as particularidades da divisão do trabalho em saúde, identificando uma horizontalidade, que articula os diversos serviços —trabalho dividido entre médicos, equipe de enfermagem, equipe de laboratório etc.— e uma verticalidade, que subdivide o trabalho dentro de uma unidade produtora, integrando tarefas hierarquizadas no mesmo campo técnico —o trabalho dividido entre enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, por exemplo.

Assim, quando se discute produtividade nos serviços de saúde há dificuldade em se delimitar o campo de medida. A produtividade de uma atividade profissional, como por exemplo a do médico, pode ser alterada se a ela forem agregadas as atividades de enfermagem, de apoio diagnóstico, de dispensação de medicamentos, entre outras. Assim, considerando a diversificação em que processa o trabalho em saúde, parece necessário estabelecer padrões diferentes para a medida da produtividade.

O processo de produção nos serviços de saúde pode ser caracterizado utilizando-se a proposição de Donabedian (1986) que identifica as variáveis de estrutura, de processo e de resultados. As variáveis de estrutura estão relacionadas com instalações físicas, equipamentos, instrumental normativo, recursos humanos qualificados, recursos financeiros, jurídicos, políticos necessários para desencadear o processo de produção. O processo envolve a realização das atividades e procedimentos desenvolvidos para a produção, que sofrem maior ou menor padronização de acordo com o tipo de trabalho, como: consulta médica, imunização, realização de exames complementares, condutas terapêuticas como cirurgia, entre outras. O resultado é o que se entrega para a população pela consulta realizada, alta hospitalar, vacina aplicada. Este resultado, porém, pode ser mensurado utilizando-se variáveis quantitativas (por ex. número absoluto de consultas), consulta processo e consulta resultado quando são agregadas variáveis de efetividade ao produto.

Ribeiro e Camargo (1993), seguindo a mesma linha de análise, destacam os conceitos de *insumo* (recursos com os quais se trabalha), *processo* (atividade - maneira como se trabalham os insumos), *produto* (o que é produzido) e *resultado* (o impacto produzido).

Um problema que se coloca quando se pensa em estabelecer medidas de produtividade é identificar como mensurar os desempenhos e com que finalidade. Por exemplo o que se pretende mensurar no desempenho dos profissionais médicos numa

unidade ambulatorial, o número de consultas realizadas num determinado período, ou o alcance de metas estabelecidas em relação a pacientes subsequentes, ou a redução do número de solicitações de exames complementares ou, ainda a resolutividade dos serviços e seu impacto nos indicadores de morbi-mortalidade.

Além disso, a “má utilização e a baixa produtividade dos trabalhadores de saúde, são uma causa de proeminente e remediável do impacto limitado dos serviços de saúde” (OMS, 1991). A baixa produtividade, no entanto, é raramente reconhecida como um problema e a produtividade da força de trabalho em saúde é raramente mensurada.

Tendo em vista toda a problemática abordada, é necessário alguma reflexão sobre a justificativa de medir a produtividade nos serviços de saúde. Algumas questões podem ser levantadas, dentre elas o dilema da necessidade de contenção dos gastos em saúde, num quadro de crise econômica mundial, e o atendimento ao aumento da demanda de serviços e de cobertura. Além disso como diminuir os custos da produção se o principal gasto nos serviços de saúde, de acordo com a literatura, é expressivamente comprometida com o pagamento de pessoal, variando entre 60 e 80% do total das despesas. Considerandose especificamente que os serviços de saúde prestamse pouco à mecanização, a proposta mais plausível é otimizar os recursos aumentando a produtividade.

Nesta revisão sobre a questão da produtividade e do desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde, é necessário também explicitar alguns conceitos e definições relacionados ao tema, inclusive do ponto de vista histórico e sob a perspectiva da gestão dos recursos humanos no contexto das reformas dos sistemas de saúde e da flexibilização dos processos de trabalho.

As diferentes abordagens de produtividade

Os conceitos básicos nesta área provém das ciências sociais, ou seja, da economia e da sociologia. O enfoque é fundamentalmente orientado para a combinação ótima de recursos. Assim, a idéia de produtividade está associada à relação entre os produtos ou resultados e os recursos físicos e materiais usados na produção dos serviços (Dúran-Arenas, 1993).

Até meados da década de 50, o conceito de produtividade limitava-se à razão entre o produto e a hora trabalhada (Thiry-Cherques, 1991). Hoje, existem à disposição dos gestores diversos métodos para melhorar a produtividade da organização, como estudos de tempo e métodos, ergonomia e estatística. De um modo geral, no entanto, a sua aplicação está mais voltada para os processos de produção industrial (Gutierrez, 1986).

Do ponto de vista algébrico, a produtividade é a capacidade de produção de um trabalhador (W), ajustada pela sua taxa de ocupação (k), que representa a taxa de utilização de sua jornada de trabalho dedicada à produção:

$$P = W.k \quad (1)$$

Através desta equação pode-se observar que a produtividade será máxima, ou seja, igual à capacidade de produção, quando não existirem tempos ociosos e, neste caso, k será igual a 1, ou seja, 100% do tempo do trabalhador terá sido dedicado à produção, sem qualquer redução da jornada de trabalho do ponto de vista do trabalhador (como licença), seja do ponto de vista da organização (como falta de insumos ou quebra de equipamento).

A capacidade de produção e a produtividade do trabalhador, podem ser medidos, mesmo que não exista um padrão de produção. De forma diferente, o desempenho de um trabalhador é definido como o quociente entre sua capacidade de produção e o padrão respectivo:

$$D = W/W^*. \quad (2)$$

Assim, se um enfermeiro tem a capacidade de aplicar 10 vacinas por hora, e o padrão é de 12 vacinas por hora, seu desempenho será de 83%.

Considerando que existe a possibilidade da jornada de trabalho incorporar tempos improdutivos, a alternativa, para levar em conta os efeitos da ociosidade, é a utilização do conceito de rendimento, definido como sendo o quociente entre a produtividade (P) e o padrão de produção (W^*):

$$R = P/W^* \quad (3)$$

Ora, se P (produtividade) é igual a $W.k$, a equação do rendimento pode ser reescrita como:

$$R = D.k \quad (4)$$

Assim é possível observar que o desempenho e o rendimento do trabalhador dependem de um padrão de produção, ao passo que o rendimento e a produtividade, são afetados pela taxa de ocupação da jornada de trabalho.

Numa unidade de saúde da família, como exemplo, pode-se encontrar o seguinte mapa de serviços produzidos:

Tabela 1: Programa de Saúde da Família: mapa de controle pré-natal (exemplo)

Enfermeira (tm)	Consultas de pré natal realizadas (Y)	Tempo negligenciado (tn)	Tempo morto
A	15	2:00	1:00
B	12	1:00	1:00

Padrão de produção (W*): 2 consultas por hora / Tempo funcional (tf): 4 h/dia.

Com esses dados obtém-se então os seguintes resultados:

Taxa de ocupação dos enfermeiros:

$$K(A) = (tf - tn - tm) / tf = (4 - 2 - 1) / 4 = 0,25 \text{ (25\%)}$$

$$K(B) = (tf - tn - tm) / tf = (4 - 1 - 1) / 4 = 0,5 \text{ (50\%)}$$

Capacidade de produção dos enfermeiros:

$$W(A) = Y / (tf - tn - tm) = 15 / 1 = 15/h$$

$$W(B) = Y / (tf - tn - tm) = 12 / 2 = 6/h$$

Produtividade:

$$P(A) = W.k = (4 \text{ vacinas/h}) \cdot 1 = 4 \text{ vacinas/h}$$

$$P(B) = W.k = (8 \text{ vacinas}) \cdot 2 = 16 \text{ vacinas/h}$$

Desempenho:

$$D(A) = W / W^* = 15 / 4 = 3,75 \text{ (375\%)}$$

$$D(B) = W / W^* = 12 / 4 = 3 \text{ (300\%)}$$

Rendimento:

$$R(A) = D.k = 3,75 \cdot 0,25 = 0,9375 \text{ (93,75\%)}$$

$$R(b) = D.k = 3 \cdot 0,5 = 1,54 \text{ (154\%)}$$

Os participantes de seminário da Organização Mundial de Saúde (1991) revendo os diversos conceitos de produtividade, consideraram que, no contexto dos serviços de saúde, a *“a produtividade é a relação quantitativa e qualitativa dos resultados (produtos) e dos vários recursos, como a força de trabalho e os esforços (insumos) para alcançar os objetivos organizacionais”*.

Com base nessa definição, a produtividade dos recursos humanos pode ser expressa pela formula seguinte:

Onde:

Q = quantidade de serviços produzidos

L = vetor da força de trabalho, isto é, do médico, enfermeira, técnicos e outros

K = vetor do capital investido, como os prédios e equipamentos

M = vetor dos insumos materiais e medicamentos

T = tecnologia

A produtividade não pode ser discutida isoladamente, mas no contexto do desenvolvimento sanitário e dos recursos humanos

Desta forma, os seguintes fatores são reconhecidos como influenciando a produtividade:

- capital, como construções, equipamentos e transporte;
- materiais de consumo, suprimentos, drogas e medicamentos;
- tecnologia;
- gestão;
- cultura;
- habilidade, conhecimento e atitude dos trabalhadores de saúde, como motivação, liderança e disciplina.

Diferentemente da produtividade, a performance utiliza uma abordagem que requer outros dados e tem objetivos diferentes. O método padrão de avaliação de performance apoia-se em três aspectos: gerencial, de saúde pública e clínica. A partir de um conjunto de critérios qualitativos, definidos para cada categoria de pessoal e tipo de serviço de saúde, faz-se o julgamento da performance individual. (OMS, 1991).

Em resumo, as principais diferenças encontradas entre produtividade e performance são as seguintes:

Tabela 2: Diferenças entre produtividade e performance

	Produtividade	Performance
Definição	Razão entre insumo e produto	Avaliação de padrões
Natureza	Quantitativa	Qualitativa
Objetivo	Organização	Individual
Padrão	-	Requerida

Adaptado de OMS, 1991

Devemos distinguir também, o projeto para produtividade especificamente do trabalho de racionalização e otimização de rotinas. Parece óbvio, que qualquer trabalho bem-sucedido de racionalização acarreta benefícios econômicos e aumento da produtividade. Contudo, o trabalho voltado para a produtividade diverge da racionalização pois está voltado não apenas para otimizar a produtividade, mas também torná-la mensurável e para implantar controles que permitam o acompanhamento no tempo.

Se a produtividade é abordada a partir de uma perspectiva de planejamento dos serviços de saúde, merece destaque a complexidade organizacional envolvida tanto do ponto de vista estrutural como político: trata-se de compatibilizar necessidades e expectativas de uma dada população discriminada por faixas etárias, critérios epidemiológicos, sociais e econômicos e a prestação de serviços de saúde em diversificadas unidades, hierarquizadas ou não, com diferentes níveis de complexidade tanto tecnológica como de corpo técnico habilitado, obedecendo a critérios que envolvam eficiência, eficácia e efetividade.

Assim, a produtividade pode ser um instrumento de medida em função da eficiência, eficácia ou efetividade³ que se deseja para o serviço de saúde, como na tabela a seguir:

Tabela 3: Função da produtividade

Função	Objetivo	Exemplos de indicador
Eficiência	Redução do custo; aumento do produto	Vacinas aplicadas/meta
Eficácia	Alcance de metas	Crianças vacinadas/pop. Risco
Efetividade	Impacto	N.º doenças/pop. Risco

Pode-se afirmar que a produtividade deve estar relacionada com os custos, com as metas e com os resultados de acordo com o tipo de trabalho produzido e a finalidade do mesmo. Se tomarmos como exemplo um laboratório ou um hemocentro a medida produtividade pode ser estabelecida em função da eficiência, ou seja aumentar a produção com redução e ou manutenção do custo. Desta forma é possível aumentar o número de exames ou o número de bolsas de sangue produzidas utilizando-se o mesmo número de profissionais.

Tendo como referência unidades básicas pode-se mensurar a produtividade em função da eficácia através do estabelecimento de metas a serem alcançadas. Teremos desta forma, por exemplo aumentar a cobertura de vacinação contra o sarampo para 100% da população infantil de risco em 1ano.

A produtividade de sistemas locais de saúde pode ser medida em função da efetividade, avaliando-se o impacto da assistência prestada nos indicadores de morbi-mortalidade.

È certo afirmar que dada a significativa complexidade de tais medidas não se pode deixar de levar em conta que as metas atingíveis e o impacto dos serviços saúde, estão mediatizados pelo grau de desenvolvimento tecnológico e pelas relações intersetoriais que interferem nas condições de saúde de uma dada população.

Não obstante, a produtividade em saúde deve estar intimamente relacionada à qualidade. A trajetória da prestação de serviços de saúde tem sido marcada pela dimensão qualitativa dos serviços prestados. A partir da metade deste século (Nogueira, 1994) tem sido discutidas alternativas de participação e de direcionamento do Estado e da sociedade nas questões de qualidade da produção de bens e serviços, tanto na área da iniciativa privada como na administração pública.

Admite-se modernamente que a gestão da qualidade deve aumentar a produtividade do sistema sem elevação dos custos, sem prejuízo para o grau de equidade e universalidade já alcançado. A meta é alcançar modelos assistenciais de menor custo e que os rendimentos operacionais aferidos possam ser utilizados para ampliar o grau de equidade da cobertura.

Desta forma, eficácia, eficiência, e efetividade, além de equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnica-científica compõe o grande espectro de características desejáveis para a prestação de serviços de saúde (Vuori, 1991). Porém, não podemos esquecer que esse conjunto de objetivos qualitativos agrega uma pluralidade de grupos de interesse: políticos, administradores, prestadores e consumidores que podem focalizar, de forma diferenciada, aspectos da qualidade da atenção.

A introdução de metodologias de avaliação da qualidade nos serviços de saúde, ainda que reduzidas a experiências pontuais, representam uma inflexão na cultura administrativa destes serviços. A abordagem estrutural, utilizando acreditação hospitalar (Novaes, 1993), a abordagem de processo cujo método mais utilizado é a auditoria médica e a abordagem de resultado através do desenvolvimento de índices e indicadores e pela medida da satisfação do cliente, com seus defensores e adversários (além de questionamentos metodológicos), têm se constituído em instrumentos auxiliares úteis de avaliação e de melhoria da qualidade dos serviços.

Ademais, tem se apresentado como forma para a distribuição de incentivos disciplinares e pecuniários como aponta Vuori (1991).

Produtividade, MOTIVAÇÃO E OS PROCESSOS DE REFORMA

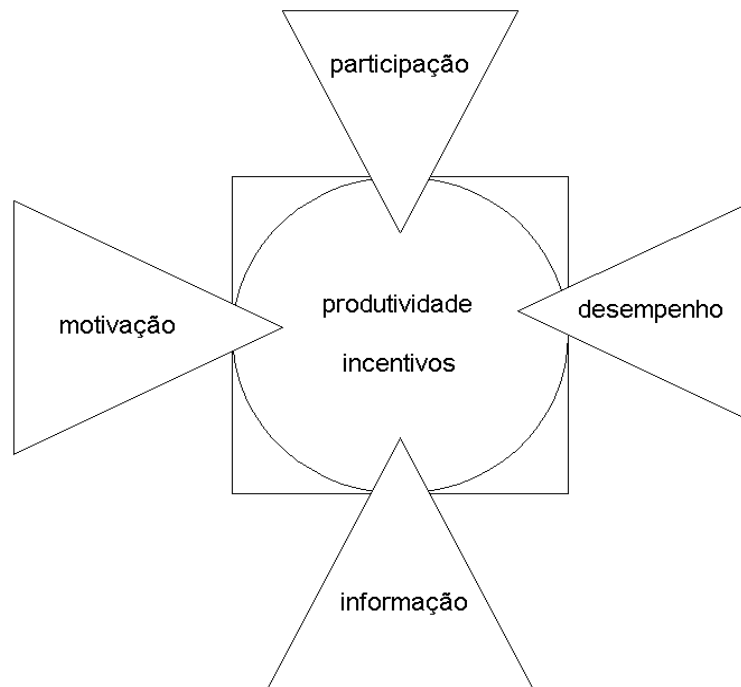
As propostas de reforma setorial na saúde estão principalmente centradas na otimização de recursos, cada vez mais escassos num contexto de crise econômica e fiscal.

Observa-se em situação antagônica o aumento de demanda por serviços de saúde, que ostentam custos crescentes, e a reconhecidamente justa reivindicação da sociedade de consumo deste bens, de forma oportuna e com qualidade.

Parece unânime a constatação da necessidade de aumentar a produtividade nos serviços de saúde, o que implica no estabelecimento de mecanismos de incentivo. Em que pese tal constatação, o tema encontra-se tratado de forma pouco pragmática, deixando a questão ainda em aberto. A situação torna-se mais complexa no setor público e de instituições não lucrativas. Seria inesgotável a análise das implicações e dificuldades que envolvem o assunto.

Assim, tratar-se-á neste tópico de levantar questões que devem ser consideradas nas discussões sobre mecanismos de incentivos à produtividade. O objetivo neste momento é apontar possibilidades de articular medidas potencializadoras no manejo do problema. Partindo do pressuposto da opção prévia quanto a finalidade, da definição de padrões que serão utilizados e dos indicadores estabelecidos, destacaremos alguns elementos que devem ser levados em consideração.

Condicionamentos da Produtividade e Incentivos



Do diagrama acima, pode-se inferir certos condicionamentos de funções quanto à produtividade e ao incentivo, pois estes devem estar encadeados e articulados com a informação, o desempenho, a participação e a motivação.

Quanto maior for a complexidade dos indicadores, sejam eles de estrutura, processo ou resultado, tanto maior será a dependência de dispor de informação. Portanto desenvolver sistemas que disponibilizem informações sobre recursos humanos, custos, produção, dentre outros, será ferramenta fundamental para mensurar a produtividade e as respectivas medidas de incentivo.

Parece óbvia a assertiva que a avaliação de desempenho de pessoal está diretamente relacionada à mensuração da produtividade. Entretanto não faz parte da cultura da maioria das instituições de saúde a utilização conseqüente de tal instrumento. Observa-se com freqüência o preenchimento burocrático de formulários que se detém a aspectos administrativos como pontualidade, freqüência, uso correto do uniforme, iniciativa, e até aspectos da conduta moral. Faz-se necessário desenvolver instrumentos claros que considerem a aspectos quantitativos e principalmente qualitativos da prestação de serviços em função dos objetivos institucionais. Tais instrumentos devem ainda fornecer retorno para o trabalhador, apontar necessidades de preparação de pessoal, indicar a possibilidades de desenvolver pesquisa, relocalizar servidores levando em conta talentos e capacidades além de considerar neste processo a o desempenho da organização.

A participação dos trabalhadores na definição das metas da organização e nos critérios de repartição de ganhos e responsabilidades tem-se mostrado como estratégia importante no envolvimento e compromisso com a organização, resultando em freqüente aumento da produtividade. Considera-se que tal participação sendo substantiva, onde as equipes de trabalho são responsáveis por definição de uma ampla gama de decisões, estimula o compromisso da equipe com os objetivos organizacionais, estabelecendo-se melhoria no fluxo de informações entre empregados e empregadores.

A motivação tem estreita relação com a participação. Entende-se por motivação “qualquer estado orgânico que mobiliza atividade de forma seletiva e orientada em relação ao ambiente. (...) Assim, os problemas teóricos de motivação tem a ver com os inter-relacionamentos de impulso e incentivo” (Silva e col.,1986). Os incentivos financeiros não podem explicar na totalidade a motivação das pessoas com o trabalho. Segundo as teorias de Herzberg (1987) está na base uma relação direta do trabalhador com sua atividade e produção. A organização deve promover oportunidades para que o indivíduo se sintam competentes e sejam reconhecidos por aquilo que realizam.

A revisão das teorias de motivação no trabalho mostra que deve-se atentar para os elementos do contexto e os fatores individuais. Certas situações favorecem a adoção de comportamentos que vão no sentido dos interesses da organização enquanto outros desencorajam o engajamento dos trabalhadores (Dolenec, 1995).

As condições favoráveis à emergência de um aumento de produtividade são em grande parte atendidas quando o conteúdo do trabalho é suficientemente complexo,, quando apresenta desafios, quando permite utilizar o julgamento do trabalhador, quando

oferece chance de desenvolvimento. Ao contrário, a presença de regras detalhadas e o caráter rotineiro de numerosas atividades desencorajam a motivação e a performance (Gardner, e cols., 1993; Gutierrez, 1986).

Os mecanismos de incentivos a serem utilizados devem pautar-se estritamente pela lógica de produção, não se atendo a tradições de remuneração de determinadas categorias profissionais com relação a outras. Nesses termos, é de todo conveniente que o incentivo atinja (diferencialmente, se for o caso) todas as categorias profissionais engajadas em determinado processo produtivo.

INDICADORES E INCENTIVOS DE PRODUTIVIDADE

A primeira questão a ressaltar é reconhecer as dificuldades para medir a produtividade no setor saúde. Na medida em que existem diferentes formas de *outputs* produzidos por cada tipo de serviço de saúde, e que diferentes e diversificadas categorias profissionais podem estar envolvidas em cada atividade, é impossível expressar a produtividade em um único indicador.

Algumas estratégias para medir a produtividade nos serviços de saúde tem sido examinadas e exploradas, podendo-se citar os estudos de Contandriopoulos et all (1992), Kalman et all (1992), Azevedo (1993), Nigenda (1994), Cherchiglia (1994), Seixas (1996), Medici & Girardi (1996), Scheffler et all (1996), entre outros.

No Brasil, algumas iniciativas tem sido desenvolvidas e documentadas (Rio de Janeiro, 1996, Cherchiglia e cols, 1997).

No caso da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, foi criada uma *gratificação de desempenho e produtividade* que utiliza como referencia o repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde e os serviços produzidos, em cada mês que são divididos pelos trabalhadores de cada unidade, considerando faixas de remuneração (nível superior, médio e elementar). O cálculo do valor a ser pago a cada trabalhador de saúde é baseado num sistema de agregação ponderada através da pontuação de indicadores. Foram definidos grupos de indicadores para as unidades ambulatoriais, como centros e postos de saúde e outro grupo de indicadores para as unidades hospitalares. Para as maternidades e unidade de medicina física e reabilitação foram definidos indicadores específicos, face aos padrões de assistência serem diferentes.

Os indicadores incorporam objetivos de eficiência (relatório de atividades do centro de estudos; taxa de produtividade do centro cirúrgico; etc.); eficácia (taxa de captação de gestantes; taxa de tratamentos completados de tuberculose em seis meses; taxa de ocupação; taxa de cesariana; etc.), mas não de efetividade.

O método parece estar sendo eficiente até este ponto, porém já começa a apresentar alguns sinais de esgotamento do modelo, após 2 anos de implementação. Isto se deve provavelmente à estabilização dos valores pagos e ao fenômeno de *parasitismo* decorrente da perspectiva do resultado coletivo e não individual do cálculo.

No caso da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Cherchiglia e cols., 1997), a *gratificação de incentivo à eficiência de serviços* consiste na distribuição de 30% da receita diretamente arrecadada (repassa de recursos financeiros do Ministério da Saúde) aos funcionários. Os critérios para pagamento tem por base a qualificação profissional e a quantidade de horas contratadas. A implantação desse mecanismo significou um aumento significativo no primeiro ano. A partir daí os indicadores passaram a ter um comportamento errático, variando de intensidade e sentido. Também neste caso, apesar do pouco tempo da experiência, as explicações aventadas foram de “perda da novidade, surgimento de resistentes, redução da participação, aumento do comportamento do tipo “carona” e a “aversão ao risco” (Cherchiglia e cols., 1997).

Para Quimper e Leclerc (1994: 293), os programas de gestão da performance serão, no futuro, cada vez mais freqüentes e a gestão do rendimento, tal como se conhece atualmente, terá que levar em conta diferentes elementos, como a capacidade de “escuta”, o interesse em relação à percepção e idéias dos empregados, sem abstrair das realizações e resultados obtidos.

Com efeito, cada pessoa terá que ter, antes de mais nada, uma idéia precisa do que se espera dela, de maneira a responder adequadamente as expectativas do empregador. Especulam ainda que esta nova concepção de sistemas de avaliação do rendimento deverá receber o aval das organizações sindicais, porque está baseada numa abordagem de colaboração e que, neste sentido, os programas de gestão da performance deverão ter repercussões sobre as relações do trabalho.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1985) os sistemas de remuneração podem ser por Tempo ou por Resultado.

No sistema de remuneração por tempo o pagamento pelo trabalho é função do tempo que o trabalhador coloca à disposição do empregador, ou seja, o trabalhador, cumprindo o tempo acordado, tem garantida sua remuneração ao final do mês. Teoricamente nem o volume nem a qualidade da produção interferem no ganho estabelecido. Além disso a uniformidade de remuneração na empresa deveria estar relacionada com a cooperação, já que não há estímulo para a competitividade (Cherchiglia, 1994).

A remuneração baseada no tempo despendido pode ser classificada em “pura” ou por mérito. Nesta última é levada em consideração algum tipo de avaliação de desempenho.

No sistema de remuneração por resultado, condiciona-se o término de tarefas preestabelecidas e a produção alcançada. Tal sistema dispensa, ou diminui a necessidade de supervisão direta ao empregado que regula o seu próprio ritmo de trabalho flexibilizando sua jornada. Entretanto, impõe à empresa aprimorar seus sistemas de controle de qualidade do produto e manter-se informada sobre as variações do mercado para manter o equilíbrio da produção.

Em relação ao trabalhador, esta forma de remunerar o trabalho pode acarretar vantagens e desvantagens. Como atributos positivos pode-se apontar o estímulo em aumentar a remuneração através do aumento da produtividade e a sensação de maior

autonomia. Por outro lado pode estimular a competitividade e desestimular a cooperação com os demais do grupo de trabalho. Além disso o incentivo ao aumento da produção pode acarretar aumento do desgaste e a inobservância das normas de segurança.

Esta modalidade de remuneração via de regra classifica-se como individual (produto por empregado, ou prêmio), de grupo (produto por grupo de empregados ou prêmio), de empresa (por prêmio, redução de custos) (Cherchiglia, 1994).

Segundo Silva e col. (1986), pode-se definir sistema de incentivos como o conjunto de mecanismos de compensação do trabalho. Como a principal forma de remunerar o trabalho é por salário, este passou a significar “o preço dos serviços do trabalho”

Além dos salários, outros mecanismos vem sendo aprimorados para incentivar e fixar mão de obra escassa ou especializada. Nos locais ou setores nos quais a crise de emprego ainda não se mostra expressiva pode-se encontrar empresas que oferecem vantagens adicionais, como forma de captar profissionais especializados.

Os incentivos, embora sempre criados e regulados pelo Estado, dão a ilusão de que se confundem com o automatismo do mercado (Campos, 1995). A questão dos incentivos pressupõe uma autoridade que, precavida e vigilante, pretenda que os atores possam reagir ou comportar-se de acordo com algum objetivo predeterminado. A teoria dos incentivos pressupõe, assim, uma relação de subordinação ou domínio entre o incentivado e o incentivador.

O consumidor desconhece a real causa da necessidade ou dos meios para satisfazer essa necessidade. Ele não pretende recorrer ao médico, mas fundamentalmente restaurar sua saúde. Todavia, sabe que essa demanda tem que ser mediatizada por uma demanda derivada: a demanda por serviços de saúde.

O caráter complexo e multifatorial da saúde descarta a existência de mecanismos de simples causa-efeito entre rendimento, cuidados de saúde, saúde e bem-estar de forma que não basta retirar os cuidados do mercado, equalizando o acesso e as portas de entrada para se conseguir maior equidade de resultados, medidos por indicadores de saúde e doença. Assim, a complexidade de fatores causais vem determinando, historicamente, a construção de conjunto altamente diversificado que mistura elementos de mercado com elementos de planejamento central. Não há sistema de saúde de configuração pura. O principal fator dessa complexidade reside no papel reservado aos médicos. Muitos dos sistemas de saúde reservam ao médico duplo e contraditório papel: membro do aparelho de Estado encarregado de produzir cuidados gratuitos ou a preço reduzido e produtor independente que vende serviços diretamente aos clientes ou ao próprio Estado. Essa ambigüidade estrutural é maior nos países industriais de menor desenvolvimento e, para Campos (1995), nos países mais afluentes essa ambigüidade já teria sido, parcial ou completamente, resolvida.

A busca de mecanismos para alinhar interesses individuais e sociais tem sido tentada por diversos caminhos, desde as combinações de remuneração per capita até abrindo a

possibilidade do médico, em ambiente hospitalar, atender doentes particulares no mesmo local.

Para um grupo de trabalho do Conselho Nacional de Saúde no Brasil (1990), entende-se como incentivo de produtividade, o mecanismo de gestão que estimula o prestador ou equipe de prestação de serviços a aumentar sua produção por insumo, sem perda da qualidade, além de uma remuneração básica.

Segundo a definição acima, produtividade é uma relação de produção por insumo, ou seja, produção por hora profissional, por hora servidor, ou por qualquer combinação pré estabelecida de insumos, como o número de exames de raios X por quantidade de chapas radiográficas e assim por diante).

Segundo os autores (Brasil, 1990), no contexto da produção de serviços de saúde, a produtividade somente pode ser aferida em função de sua utilidade na cadeia de produção de serviços. Em outras palavras não é possível dissociar o conceito de produtividade daqueles de qualidade e de oportunidade. Um exemplo claro dessa dissociação é dado pela multiplicação de atos associada em muitos casos, a remuneração por unidade de serviço.

Pelo exposto pode-se sintetizar algumas considerações a respeito do incentivo à produtividade e da qualidade como paradigma de gestão:

O incentivo a produtividade deve ser uma combinação equilibrada entre a avaliação individual, avaliação do grupo através de metas setoriais, e avaliação institucional;

Para a avaliar desempenho deve-se utilizar critérios claros cuja metodologia seja compreendida pelos envolvidos, garantindo a participação do avaliado no processo;

A avaliação deve ser permanente e flexível ajustando-se a mudanças;

As metas devem ser negociadas e possíveis de serem atingidas;

Para favorecer a participação, o poder deve ser descentralizado e os níveis hierárquicos devem ser reduzidos;

O incentivo deve ser significativo e encarado como fator de apoio à melhoria, não podendo incorporar caráter punitivo.

Produtividade e qualidade devem ser encarados como fator de competitividade. Assim para adequar sistemas de remuneração no contexto das reformas setoriais para o trabalho em saúde, principalmente nos serviços públicos, é imperativos que se busque alternativas para estabelecer em determinado patamar de remuneração e incorporar, no ganho final, uma parcela significativa de remuneração por produtividade.

Assim, a introdução de medidas de produtividade deve incorporar as técnicas já conhecidas e testadas, adequado-as a realidades locais e à cultura da organização ou sistema de saúde em tela: não se trata de descobrir ou eleger o melhor método e sim

trabalhar com os já existentes, adequando-os, e construir soluções criativas para a diversidade de serviços e sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, A. C. (1994). Indicadores de qualidade e produtividade em serviços de saúde. Revista de Qualidade e Produtividade, 1, 1, 48-55.
- Campos, A. C. (1995). Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração da saúde. In S. F. Piola & S. M. Vianna (Eds.), Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. (pp. 69-98). Brasília: IPEA.
- Cherchiglia, M. L. (1994). Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 67-79.
- Cherchiglia, M. L., Girardi, S. N., & et alii. (1997). Remuneração e produtividade: o caso da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 1992-95. mimeo. Belo Horizonte: UFMG.
- Contandriopoulos, A. P.; Champagne, F., Baris, E. (1992). La rémunération des professionnels de la santé, GRIS, Département d'Administration de la santé, Université de Montréal, 24 p.
- Curtin, L. L. (1995). Nursing productivity: from data to definition. Nurs Manage, 26, 25, 28-9, 32-6.
- Dolenec, S. (1995). The relationship between health status, motivation and work efficiency of forest workers. Arh Hig Rada Toksikol, 46, 15-21.
- Donabedian, A. (1984). Enfoques básicos para la evaluación: estructura, proceso y resultado. In: La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. La Prensa Medica, Mexico.
- Dúran-Arenas, L., & Yepes, F. J. (1993). Bases conceptuales para una gestión empresarial de los sistemas locales de salud. Salud Pública de México, 36(2), 190-199.
- Gortner, H. F., Mahler, J., & Nicholson, J. B. (1993). La gestion des organisations publiques. Sainte-Foy: Presses de l'Université de Québec.
- Green, R. (1995). Measuring productivity in health care. Old Nurse, 14, 9
- Gutierrez, G. L. (1986). Avaliação e incremento de produtividade em órgãos burocráticos - alguns aspectos técnicos, administrativos e sociológicos. Rev Adm Emp, 26(3), 53-59.
- Kalman, M. K.; Witkowski, D. E.; Ogawa, G. S. (1992). Increasing pharmacy productivity by expanding the role of pharmacy technicians. AJHP, 49, jan, 84-89.
- Médici, A. C. (1995). Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In S. M. Vianna & S. F. Piola (Eds.), Economia da saúde: conceito e contribuição para a economia da saúde. (pp. 23-68). Brasília: IPEA.
- Médici, A. C., & Girardi, S. N. (1996). Emprego, remuneração de pessoal e produtividade em saúde: um balanço da literatura recente. Divulgação em Saúde para Debate,(14), 38-43.

- Moreira, D. A. (1993). Medida da produtividade em atividades de serviço: alguns problemas e soluções. Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade, (1), 1, 57-78.
- Nigienda, G. (1994). Mecanismos de pago a los médicos: instrumento de política sanitaria. Salud Publica de Mexico, 36, 3 301-310.
- Nogueira, R. P. (1994). Perspectivas da Qualidade em Saúde, Qualitymark Editora, Rio de Janeiro .
- Novaes, H. M. (1993). Quality in hospital care. World Health Forum, (14) 367-375.
- Offe, C., 1989. Capitalismo Desorganizado-Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política. São Paulo: Brasiliense.
- OMS. (1991). Development of methodology to measure productivity of human resources for health. Genebra: OMS. 24 p.
- Organización Internacional de Trabajo. (1985). La remuneración por rendimiento. Genebra: OIT.
- Quimper, M., & Leclerc, M. (1994). Les relations du travail au Québec. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Ramos, R. L. S. & Silva, D. S. (1996). Setor serviços: aspectos conceituais e importância para o desenvolvimento econômico. Rio de Janeiro, 13 p. (mimeo).
- Ribeiro, C. A. C. & Camargo, M. L. G. (1993). Programas de produtividade no setor público: uma discussão acerca de alguns elementos básicos. Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade, (1), 1, 67-80.
- Scheffler, R. M., Waitzman, N. J., & Hillman, J. M. (1996). The productivity of physician assistants and nurse practitioners and health work force policy in the era of managed health care. J Allied Health, 25, 207-217.
- Seixas, P. H., Incentivos financieros: revisión y elementos de reflexión (1996). In: Quintana, P. B.; Campos, F.; Novick, M. (ed.) Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. OPS/OMS.
- Silva, B. e cols. (1986). Dicionário de Ciências Sociais. Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro.
- Silva, I. J. M. (1986). Anatomia da produtividade. Rev Adm Emp, 26 (3), 47-52.
- Thiry-Cherques, H. R. (1991). A guerra sem fim da produtividade administrativa. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas.
- Vuori, H. (1991). A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate, fevereiro.

Referencias adicionais sobre o tema

- Bittar, O. J. (1996). [Hospital productivity in the light of hospital indicators]. Rev Saúde Públ., 30, 53-60.

- Briones, D. A. (1996). Monitoring and assessing patient focused care performance. J Soc Health Syst, 5, 9-14.
- Bunker, J. P., Stansfeld, S., & Potter, J. (1996). Freedom, responsibility, and health. BMJ, 313, 1582-1584.
- Chin, H. L., & McClure, P. (1995). Evaluating a comprehensive outpatient clinical information system: a case study and model for system evaluation. Proc Annu Symp Comput Appl Med Care, 717-721.
- Fanker, S. (1996). Issues in casemix funding for acute inpatient psychiatric services and their relevance to mental health nursing. Aust N Z J Ment Health Nurs, 5, 95-102.
- Grimshaw, J. M. (1996). Towards effective professional practice. Therapie, 51, 233-236.
- Klersy, C., Raisaro, A., Pani, A., Pistorio, A., Giraldi, M., Tinelli, C., Curti, M., Montemartini, C., & Solcia, E. (1995). [A measure of productivity in cardiology based on medical acts]. G Ital Cardiol, 25, 433-443.
- Lewis, M. A., La Forgia, G. M., & Sulvetta, M. B. (1996). Measuring public hospital costs: empirical evidence from the Dominican Republic. Soc Sci Med, 43, 221-234.
- McKeown, M. (1995). The transformation of nurses' work? J Nurs Manag, 3, 67-73.
- Timpka, T., Svensson, B., & Molin, B. (1996). Development of community nursing: analysis of the central services and practice dilemmas. Int J Nurs Stud, 33, 297-308.
- van Roijen, L., Essink-Bot, M. L., Koopmanschap, M. A., Bonsel, G., & Rutten, F. F. (1996). Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire. Int J Technol Assess Health Care, 12, 405-415.
- Walker, A. (1995). Communication standards: impact on nursing practice. Medinfo, 8 Pt 2, 1372-1377.
- Wulff, K. R., Westphal, J. R., Shray, S. L., & Hunkeler, E. F. (1997). Using automated continual performance assessment to improve health care. MD Comput, 14, 24-30, 32-5.
-