



Carlos Luís Neves Gante Ribeiro

PLURIEMPREGO MÉDICO EM PORTUGAL

Motivações, valores, conflitos de interesses e mecanismos de regulação

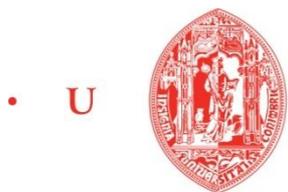
Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Orientador: Prof. Doutora Carlota Quintal

Coimbra, 2011



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• U C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Carlos Luís Neves Gante Ribeiro

Pluriemprego médico em Portugal

Motivações, valores, conflitos de interesses e mecanismos de
regulação

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Prof^a. Doutora Carlota Quintal

Coimbra, 2011

Resumo

O exercício da medicina em regime acumulação de funções públicas e privadas é uma prática comum na maior parte dos países. A relevância do tema advém da relação positiva e negativa que as consequências do pluriemprego têm sobre a eficiência, a equidade e a qualidade na prestação dos cuidados de saúde e no desempenho global dos sistemas de saúde. Este estudo tem dois objectivos correlacionados: o primeiro, entender a partir da percepção dos profissionais que exercem medicina em regime de pluriemprego, a motivação, os valores e os interesses presentes neste fenómeno, bem como a eventual presença de efeitos adversos ou benéficos para o sistema de saúde nacional. O segundo, construir um conjunto de medidas de regulação, a fim de contribuir para a minimização dos eventuais efeitos adversos, e testar a sua necessidade, exequibilidade e eficácia. Para a prossecução do primeiro objectivo foi construído um inquérito e posteriormente distribuído a 278 médicos que acumulavam funções públicas e privadas num grande hospital universitário português. Para a realização do segundo objectivo foi construído outro inquérito, dirigido a um painel de 28 peritos que desempenham um papel importante na governação do sistema de saúde português. A taxa de resposta efectiva foi, no primeiro inquérito, de 41,4% e no segundo de 71,5%. Do primeiro inquérito obteve-se um nível alto de concordância para a motivação económica como principal causa para o pluriemprego. Os respondentes concordaram que o sector público lhes oferece melhores condições de desenvolvimento das competências profissionais e que o exercício profissional no sector privado proporciona maior autonomia na organização do trabalho. O prestígio é visto como um factor de atracção de doentes no sector privado e

discordam que a dupla actividade lhes confere vantagens competitivas estratégicas. Trabalhar no sector público e privado é visto como um direito inalienável e a maioria dos médicos não pretende renunciar ao sector público. Os participantes concordam que a maioria dos profissionais tem uma conduta profissional íntegra e honesta e talvez por essa razão reconhecem apenas de forma moderada a necessidade de um código de conduta para regular as situações de pluriemprego. Os benefícios do pluriemprego para o sistema de saúde, nomeadamente a possibilidade de escolha por parte dos doentes e o aumento de oferta são reconhecidos pelos participantes enquanto os efeitos negativos, para o sector público, como o fomento das listas de espera, o baixo desempenho e a desnatação de doentes merecem a sua discordância. Os resultados obtidos, na consulta ao painel de peritos, quanto à necessidade, exequibilidade e eficácia de catorze medidas de regulação evidenciam um nível de concordância mais elevado para a introdução de mecanismos públicos de fiscalização, de incentivos ao desempenho, da proibição no sector público de promoção de serviços privados, da obrigatoriedade de dedicação exclusiva para os órgãos de direcção no sector público, do aumento da transparência de interesses e da criação de um código de conduta para regular as relações inerentes à prática do pluriemprego.

Palavras-chave: motivação; pluriemprego médico; sistema de saúde; público-privado; regulação.

Abstract

The combination of public and private practice by physicians (physician dual practice) is a common phenomenon in the majority of countries. Its relevance stems from the positive and negative consequences that it might generate in terms of quality, equity and efficiency in healthcare delivery as well as in terms of overall performance of health systems. The objectives of this study are two-fold: firstly, to evaluate, from the perspective of physicians that work simultaneously in the public and private sectors, their motivations, their values and perceptions about the positive or negative implications of dual practice to the health system; and secondly, to propose a range of regulatory measures that aim to minimise the potential negative effects of dual practice and to test their necessity, feasibility and efficacy. To pursue these objectives, a questionnaire was developed and administered to 278 dual-practitioners and another questionnaire was developed and administered to 28 experts that play relevant roles in the health system governance. The response rate was 41.4% in the former case and 71.5% in the latter. Based on the results, the economic motivation is the main factor driving physician dual practice. Respondents agree that the public sector offers better prospects in terms of professional skills enhancement and that autonomy in work organisation is greater in the private sector. Respondents regard 'prestige' as a factor that attracts patients in the private sector and they disagree that dual practice gives them strategic advantages. For the majority of respondents dual practice is seen as an inalienable right and they are not willing to renounce to the public sector. Respondents further think that in general physicians are

honest and ethically responsible and perhaps for this reason they fairly agree on the need for self-regulation. Finally, respondents acknowledge the existence of positive effects of dual practice such as the increase in services offered to populations and patient choice but they disagree that dual practice can lead to longer waiting lists, cream-skimming of patients and weak physician performance. Among the fourteen regulatory measures subjected to expert evaluation, those that received greater support from respondents were monitoring mechanisms, performance incentives, ban of publicity of private services within public facilities, exclusive contracts for service directors in the public sector, greater transparency of private interests and self-regulation.

Keywords: motivation; physician dual practice, health system, public-private; regulation.

Agradecimentos

Só foi possível realizar este trabalho com a ajuda de muitas pessoas.

Expressos os meus agradecimentos, pela preciosa ajuda, disponibilidade e envolvimento neste trabalho, à Professora Doutora Carlota Quintal, minha orientadora.

Agradeço à direcção do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e ao seu secretariado o apoio dispensado.

Ao Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, aos médicos que participaram no estudo, aos directores dos serviços assistenciais e ao seu secretariado, agradeço pela indispensável colaboração. Agradeço igualmente a colaboração do painel de peritos constituído pelos dirigentes da Ordem dos Médicos, dos Sindicatos Médicos, do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, das Administrações Regionais de Saúde, da Entidade Reguladora da Saúde, dos Conselhos de Administração dos hospitais participantes e da direcção da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.

Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ACT – Acordo Colectivo de Trabalho

ARS – Administração Regional de Saúde, IP

CA - Conselho de Administração

CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CT – Código do Trabalho

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FNAM - Federação Nacional de Médicos

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

RCTFP - Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas

RSF – Resposta Sem Franquia

SIGIC – Sistema Integrado de Inscritos para Cirurgia

SIM - Sindicato Independente dos Médicos

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

Índice Geral

Capítulo 1- Enquadramento do estudo

1. Introdução	
1.1 Contexto e apresentação do estudo	1
1.2 Objectivos	3
1.3 Metodologia	4
1.4 Estrutura	6

Parte conceptual

Capítulo 2 – Revisão da literatura

2. Pluriemprego no sector da saúde	9
2.1 Motivos para a prática do pluriemprego	9
2.1.1 Motivos económicos	10
2.1.2 Complementaridade entre empregos	12
2.1.3 Factores profissionais e institucionais	13
2.1.4 Factores pessoais e familiares	14
3. Prevalência do pluriemprego	15
4. Consequências do pluriemprego	16
4.1 Efeitos adversos	19
4.1.1 Absentismo, evasão de tarefas e baixo rendimento no sector público	19
4.1.2 Desvio de doentes para o sector privado	20
4.1.3 <i>Cream-skimming</i>	22
4.1.4 Uso indevido de recursos públicos	23
4.2 Efeitos positivos	25
5. Políticas e respostas de regulação	26
5.1 Mecanismos e formas de regulação	27
5.1.1 Proibição	28
5.1.2 Restrições sobre o sector privado	30
5.1.3 Contratos de trabalho em dedicação exclusiva	30
5.1.4 Exercício de clínica privada em instalações públicas	31
5.1.5 Aumento de salários no sector público	32
5.1.6 Auto-regulação	33
5.1.7 Incentivos ao desempenho	34

6. Pluriemprego em Portugal	35
6.1 Pluriemprego e dever de lealdade	35
6.2 Modalidades de acumulação de funções	36
6.2.1 Dupla acumulação no sector público	37
6.2.2 Dupla acumulação no sector privado	37
6.2.3 Exercício no sector público e acumulação no sector privado	37
6.3 Prevalência do pluriemprego	38
6.4 Consequências do pluriemprego	41
6.5 Regulação	43
6.6 As carreiras médicas e o regime de dedicação exclusiva	44
6.7 Exclusividade e direcção de serviço hospitalar	49
6.8 Exercício da clínica privada em hospitais	50
6.9 Aumento dos salários no sector público	52

Parte empírica

Capítulo 3 – Aspectos metodológicos do trabalho empírico

7. Motivação, valores e interesses presentes no exercício da medicina em acumulação de funções públicas e privadas	55
7.1 Escolha do instrumento de recolha de dados	55
7.2 Construção do questionário	56
7.3 Estrutura do questionário	57
7.3.1 Dimensão “motivação económica”	58
7.3.2 Dimensão “autonomia no trabalho”	59
7.3.3 Dimensão “oportunidades profissionais”	60
7.3.4 Dimensão “posicionamento estratégico”	61
7.3.5 Dimensão “estatuto e reconhecimento profissional”	62
7.3.6 Efeitos negativos do pluriemprego	63
7.3.7 Efeitos positivos do pluriemprego	64
7.3.8 Outros aspectos relacionados com o pluriemprego	65
7.4 Ordenação das motivações por nível de importância	67
7.5 População, selecção da amostra e processo da recolha dos dados	67
8. Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas	73
8.1 Construção do questionário	74
8.2 Estrutura do questionário	75

8.3 Escolha dos peritos a consultar	85
8.4 Recolha dos dados	86
Capítulo IV – Apresentação, análise e discussão dos resultados	
9. Motivação, valores e interesses presentes no exercício da medicina em acumulação de funções públicas e privadas	87
9.1 Caracterização da amostra	87
9.2 Apresentação dos resultados por dimensões	89
9.2.1 Dimensão “motivação económica”	89
9.2.2 Dimensão “autonomia no trabalho”	90
9.2.3 Dimensão “oportunidades profissionais”	92
9.2.4 Dimensão “posicionamento estratégico”	93
9.2.5 Dimensão “estatuto e reconhecimento profissional”	94
9.2.6 Efeitos negativos do pluriemprego	95
9.2.7 Efeitos positivos do pluriemprego	95
9.2.8 Outros aspectos relacionados com o pluriemprego	96
9.3 Ordenação das motivações por nível de importância	97
9.4 Análise das diferenças	101
9.5 Análise de redução de dados	106
10. Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas	104
11. Discussão dos resultados	110
12. Princípios e medidas de regulação	117
Capítulo V – Conclusões	
13. Conclusões e perspectivas de investigação futura	
13.1 Descrição da abordagem	121
13.2 Limitações do trabalho empírico	123
13.3 Contributos do trabalho	124
13.4 Perspectivas de investigação futura	125
Bibliografia	
Anexos	

Lista de Tabelas

- Tabela 1.** Médicos do SNS, por sector de actividade e vínculo laboral em Dezembro de 2010.
- Tabela 2.** Médicos dos HUC (por relação jurídica de emprego e género, em 31 de Dezembro de 2010).
- Tabela 3.** Médicos especialistas dos HUC, (por relação jurídica de emprego, regime de trabalho, horário de trabalho, área de gestão integrada e serviço em 1 de Maio de 2011).
- Tabela 4.** Amostra do estudo e respostas obtidas.
- Tabela 5.** Regime de trabalho em acumulação.
- Tabela 6.** Grupo etário.
- Tabela 7.** Dimensão “oportunidades profissionais”.
- Tabela 8.** Dimensão “posicionamento estratégico”.
- Tabela 9.** Dimensão “estatuto e reconhecimento profissional”.
- Tabela 10.** Dimensão “efeitos negativos do pluriemprego”.
- Tabela 11.** Outros aspectos relacionados com a articulação do sector público e privado.
- Tabela 12.** Ordenação dos motivos para a prática do pluriemprego.
- Tabela 13.** Ordenação dos motivos para a prática do pluriemprego (valores médios).
- Tabela 14.** Ordenação dos motivos para a prática de acumulação de funções públicas e privadas (valores médios) por género.
- Tabela 15.** Ordenação dos motivos para a prática de acumulação de funções públicas e privadas (valores médios) por relação jurídica de emprego.
- Tabela 16.** Outros motivos para acumulação de funções privadas.
- Tabela 17.** Resultados da análise factorial.
- Tabela 18.** Resultados da análise de consistência interna
- Tabela 19.** Ordenação das medidas de regulação (necessidade, exequibilidade e eficácia).
- Tabela 20.** Ordenação das medidas de regulação (apreciação global).
- Tabela 21.** Frequência das respostas referentes às medidas a adoptar para minorar os eventuais efeitos negativos do pluriemprego.
- Tabela 22.** Ordenação por ordem de importância das medidas a adoptar em Portugal para minorar os efeitos do pluriemprego.

Lista de figuras

Figura 1. “O factor monetário é para mim, uma motivação muito importante para exercer funções no sector privado”

Figura 2. “Se tivesse incentivos monetários no sector público deixava a prática privada”

Figura 3. “Na medida em que aumenta a possibilidade de escolha é benéfico para os doentes que os médicos trabalhem no sector público e privado”

Figura 4. “Na medida em que aumenta a oferta de cuidados é benéfico para o sistema de saúde a faculdade dada aos médicos de trabalharem no sector público e privado”.

Lista de Anexos

Anexo I - Carta enviada à ACSS.

Anexo II - Pedido de autorização para realização do estudo nos HUC.

Anexo III - Carta de apresentação do inquérito “Motivação, valores e interesses presentes no exercício da medicina em acumulação de funções públicas e privadas”.

Anexo IV - Inquérito “Motivação, valores e interesses presentes no exercício da medicina em acumulação de funções públicas e privadas”.

Anexo V - Carta de apresentação do inquérito “Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em acumulação de funções públicas e privadas”.

Anexo VI - Inquérito “Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em acumulação de funções públicas e privadas”.

Anexo VII – Análise das diferenças. Tratamento estatístico com o programa SPSS.

Capítulo I – Enquadramento do estudo

I. Introdução

I.1 Contexto e apresentação do estudo

O exercício da medicina em regime acumulação de funções públicas e privadas é uma prática relativamente comum em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. A relevância do tema advém da relação positiva e negativa que as consequências do pluriemprego têm sobre a eficiência, a equidade e a qualidade na prestação dos cuidados de saúde e no desempenho global dos sistemas de saúde.¹

Entre as diversas modalidades de combinação de pluriemprego assume particular destaque a combinação do exercício público com privado. Este fenómeno, de natureza complexa e motivado por razões de variada ordem é tratado pela literatura sob diversas perspectivas. É fundamental para caracterizar o pluriemprego o conhecimento das motivações e dos valores presentes no exercício profissional dos médicos que trabalham simultaneamente no sector público e privado. O conhecimento de possíveis consequências que advêm dessa relação é imprescindível para a definição de qualquer política de regulação. A nível internacional existem diversas formas dos governos abordarem esta questão através da formulação de diferentes políticas e medidas de regulação. Desde a sua proibição total ou parcial, até à sua regulamentação, com diversos graus de intensidade e diversos instrumentos, encontramos argumentos que destacam os seus custos e os seus benefícios. A concepção e implementação de uma estratégia, neste

¹ A expressão pluriemprego, usada neste trabalho, refere-se à acumulação de funções públicas e privadas.

campo, requer arranjos institucionais e de mercado com prós e contras para cada uma das alternativas.

É esperado que os médicos, na sua prática clínica, se orientem por valores profissionais que determinam a primazia dos interesses dos doentes. Mas nesta relação há lugar para outros interesses, outras motivações e outros valores nomeadamente os que são de natureza pública, profissional e pessoal. Os governos devem permitir ou proibir aos médicos a acumulação de funções públicas e privadas? Esta questão continua a ser debatida pelos economistas da saúde e as evidências empíricas não são suficientes para recomendar uma opção definitiva.

Em Portugal, o pluriemprego médico não está suficientemente estudado e pouco se sabe dos efeitos que tem no nosso sistema de saúde. No entanto, é sistematicamente alvo de discussão pública e controvérsia, especialmente quando se aproximam reformas no sector da saúde ou alterações no estatuto jurídico das carreiras profissionais. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), desde a sua criação, permite aos médicos a acumulação de funções públicas e privadas. Apesar do papel central que os médicos desempenham na assistência não parece haver investigação suficiente sobre a percepção que estes profissionais têm acerca dos motivos para acumular funções privadas, dos pontos de vista que têm sobre o exercício profissional e a prestação de cuidados de saúde nos dois sectores e a forma como lidam com os valores e eventuais conflitos de interesses. O presente trabalho pretende contribuir para o preenchimento dessa lacuna completando-se com a proposta de um conjunto de medidas de regulação. Estes mecanismos quando desenvolvidos a custos aceitáveis são muito importantes para minimizar os efeitos adversos do pluriemprego médico.

I.2 Objectivos

Partindo do conhecimento recolhido através da revisão bibliográfica da literatura internacional e nacional e tendo em conta as especificidades do nosso sistema de saúde, este estudo pretende compreender, na perspectiva dos médicos que acumulam simultaneamente funções públicas e privadas, a motivação, os valores e os conflitos de interesses presentes neste fenómeno, bem como, a eventual presença de efeitos adversos ou benéficos para o sistema de saúde nacional decorrentes desta forma peculiar de pluriemprego.

Este estudo pretende ainda construir um conjunto de medidas de regulação, testar a sua necessidade, exequibilidade e eficácia. Com a finalidade de contribuir para a minimização dos eventuais efeitos adversos, para o sistema de saúde nacional, decorrentes dos conflitos de interesses no exercício da medicina em regime de pluriemprego, procede-se a uma análise crítica dos mecanismos actuais da legalidade, dos incentivos, da regulamentação e de intervenção das entidades nacionais, formulam-se alguns princípios enformadores e propõe-se uma estratégia alternativa de regulação. Para tal recorre-se a mecanismos de promoção de informação aos doentes e da transparência de interesses dos profissionais, da promoção de incentivos para melhorar o desempenho, da retoma do regime de dedicação exclusiva, da proibição e punição de certas práticas, da regulamentação de procedimentos e de fiscalização.

1.3 Metodologia

Para além da revisão bibliográfica da literatura sobre o tema recorreu-se à recolha de dados das entidades oficiais, com vista à compreensão da extensão do pluriemprego em Portugal. Actualmente são colocados alguns problemas ao nosso sistema de saúde que poderão ter uma melhor solução se aumentarmos o conhecimento acerca dos motivos, valores e interesses dos médicos que acumulam funções públicas e privadas.

Para inquirir sobre as motivações, valores e conflitos de interesses no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas foi construído um questionário constituído por três partes: Na primeira parte são recolhidos dados de natureza pessoal e da situação profissional. Na segunda parte são recolhidos dados acerca das motivações e valores presentes no pluriemprego. Foi pedido aos respondentes que indicassem o seu grau de concordância (escala de Likert com 5 níveis) relativamente a 37 afirmações. Estas afirmações foram concebidas com base na literatura sobre o tema e embora tenham sido apresentadas de forma conjunta identificam-se com 6 grandes grupos de questões. Ao nível das motivações consideraram-se como dimensões pertinentes a autonomia profissional, as oportunidades profissionais, o posicionamento estratégico, a motivação económica e por fim o estatuto e reconhecimento profissional. Na terceira parte do questionário foi ainda solicitado aos respondentes que ordenassem por nível de importância as cinco dimensões acima descritas.

O questionário foi administrado a uma amostra de conveniência constituída por médicos em regime de acumulação de funções nos sectores público e privado.

Os dados recolhidos foram tratados e analisados com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) ver 19.0. e são apresentados neste estudo.

Para elaborar uma proposta de política de regulação foram elaboradas a partir do conhecimento do nosso sistema de saúde e do recolhido na literatura internacional 14 medidas que poderiam ser adoptadas no sistema de saúde português, de forma alternativa ou conjugada. As medidas propostas visam impedir ou minimizar os conflitos de interesses e os eventuais efeitos perversos presentes no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas. Foram propostas medidas de aumento de informação aos doentes e de transparência dos interesses dos profissionais, de proibição e punição de algumas condutas pelos profissionais, de fiscalização, bem como, a introdução de incentivos aos desempenho e à dedicação exclusiva. As medidas propostas foram submetidas à apreciação de um painel de peritos representativos do sistema de saúde português, com a finalidade de testar a sua necessidade, exequibilidade e eficácia. Foi pedida a opinião, através do grau de concordância (escala de Likert com 5 níveis), relativamente a cada uma das medidas apresentadas no questionário, bem como o pedido de ordenação por nível de importância de eventuais acções de regulação.

Nos dois inquéritos utilizados para a realização deste estudo, para além do questionário, cada participante recebeu uma carta de apresentação e um envelope com resposta sem franquia (RSF).

I.4 Estrutura

Este trabalho está organizado em duas partes e cinco capítulos.

Na parte conceptual é revista a literatura sobre o tema, especificados os conceitos utilizados e são apresentados alguns aspectos relevantes para a análise da situação do pluriemprego médico em Portugal. Na parte empírica é apresentado o desenvolvimento do estudo incluindo a metodologia, os instrumentos de recolha dos dados e o resumo dos resultados obtidos.

No capítulo I apresenta-se o contexto do estudo destacando a sua relevância para a melhoria do conhecimento do fenómeno do pluriemprego médico, com particular atenção para a realidade nacional, apresentam-se os objectivos do estudo e ainda a estrutura do trabalho.

No capítulo II é efectuada a revisão da literatura reunindo o conhecimento dos principais autores que publicaram estudos acerca do pluriemprego médico. Para além da apresentação de alguns conceitos, são analisadas as modalidades de pluriemprego, as motivações para a prática de acumulação de funções públicas e privadas, as consequências do pluriemprego e as respostas de regulação que visam minimizar os efeitos adversos desta prática. Neste capítulo são ainda abordados aspectos considerados relevantes para a análise da situação do pluriemprego médico em Portugal, nomeadamente as vertentes da gestão de recursos humanos na saúde, as disposições legais das sucessivas carreiras médicas e algumas experiências nacionais de medidas de regulação.

No capítulo III é apresentado o quadro conceptual do trabalho empírico e a metodologia utilizada na construção dos inquéritos, com destaque para o conteúdo e a fundamentação das afirmações contidas nestes instrumentos de recolha. Neste capítulo são ainda descritos os processos da recolha dos dados e a sua análise.

No capítulo IV são apresentados os resultados obtidos no estudo, discutidos à luz da literatura e evidenciadas as propostas de princípios e medidas integrantes de uma eventual estratégia de regulação.

Para encerrar o trabalho, no capítulo V são apresentadas as conclusões, limitações do presente trabalho e pistas para trabalhos futuros.

Parte conceptual

Capítulo II – Revisão da literatura

2. Pluriemprego no sector da saúde

Por pluriemprego entendemos o desempenho pessoal em mais do que um trabalho remunerado (García-Prado & González, 2005). A situação mais comum no mundo laboral é a cada trabalhador ter apenas um emprego e não lhes ser permitido trabalhar para dois ou mais empregadores mesmo tempo. Embora não constituindo a regra é relativamente comum encontrar a situação de trabalhadores com mais que um trabalho principalmente em economias em desenvolvimento.

Os médicos podem acumular empregos na saúde ou em outras áreas profissionais. A prática mais comum nos países desenvolvidos é a acumulação de empregos na área da saúde. Nesta área combinam frequentemente, mesmo que num só emprego, para além das funções assistenciais, funções docentes, de investigação e de gestão. No entanto, os médicos podem acumular, de acordo com a natureza jurídica das entidades empregadoras, empregos no sector público, no sector privado ou em ambos os sectores.

2.1 Motivos para a prática do pluriemprego

Que motivo, ou motivos, levam a que no nosso sistema de saúde, ou noutros sistemas de saúde, um número muito significativo de médicos trabalhem simultaneamente no sector público e privado? Provavelmente porque procuram formas de satisfação e recompensa pelos dois trabalhos. Apesar de em alguns países se registar uma elevada taxa de prevalência na acumulação de funções públicas e privadas e dos efeitos que tal prática

pode ter sobre os sistemas de saúde são muito poucos os estudos que evidenciam os motivos que levam um médico a prestar serviços privados para além do seu exercício no sector público. Presume-se que os médicos optam pelo pluriemprego porque pretendem maximizar o rendimento. Mas também se sabe que este não é o único motivo para essa opção (Ferrinho *et al.*, 2004). Um estudo realizado no sudeste de Inglaterra revela que apenas um pequeno número de médicos inquiridos estaria na disposição de trocar o exercício privado por um aumento de salário no sector público (Humphrey & Russell, 2004). De acordo com a teoria económica as razões explicativas para o pluriemprego estruturam-se em quatro grandes categorias (Garcia-Prado & González, 2005): Motivos económicos, complementaridade entre empregos, factores profissionais e institucionais e factores pessoais e familiares. Alguns autores destacam, para além destes, o aumento da influência estratégica e da autonomia clínica proporcionada pela prática do pluriemprego. O pluriemprego, em países onde os rendimentos são muito baixos, constitui, por vezes, uma opção para sobreviver. No entanto, quando os rendimentos são elevados é uma oportunidade para os médicos desenvolverem as suas capacidades em pleno. Em estudos realizados em países onde os salários dos médicos muito baixos provou-se que os rendimentos do sector público poderão ser cinco vezes inferiores aos rendimentos obtidos no sector privado por estes profissionais (Lerberghe *et al.* , 2002).

2.1.1 Motivos económicos

O número de horas que um médico passa no seu emprego têm uma grande importância para a eventual opção de ter um segundo emprego. Num modelo de cariz económico qualquer trabalhador tem uma dotação de tempo e escolhe a quantidade de tempo que

dedica ao trabalho e ao lazer para maximizar a sua utilidade. Se o trabalhador está impedido de trabalhar de forma acrescida no seu emprego principal ou se outra actividade lhe proporciona melhor rendimento faz uma opção racional com base nestes factores. Esta opção está positivamente correlacionada com o salário oferecido no segundo emprego e negativamente com o salário do emprego principal. Por outro lado, a combinação óptima entre trabalho e lazer e logo a combinação entre horas de exercício no sector público e horas no sector privado poderá variar de médico para médico em função das suas preferências. Um médico que atribua um valor elevado ao rendimento relativamente ao tempo de lazer será mais propenso ao aumento do número de horas dedicadas ao trabalho e por essa via mais propenso à acumulação de funções.

Para os médicos com pluriemprego, em países de baixos rendimentos, a actividade no sector público é valorizada pela importância associada à estabilidade laboral e pela remuneração regular. A actividade no sector privado garante frequentemente uma remuneração mais elevada embora de natureza variável. Esta complementaridade entre empregos levaria sobretudo os médicos a procurar um segundo emprego, no sector privado, em busca da maximização dos seus rendimentos. A evidência desta situação é referida em estudos, sobretudo em países em desenvolvimento, onde os salários no sector público são relativamente baixos e os médicos procuram aumentar os seus rendimentos globais. No entanto, parece que os médicos não decidem ter um segundo emprego exclusivamente por razões de maximização da utilidade. Embora este factor seja muito importante, não é seguramente o único motivo pelo qual os médicos optam por terem uma situação de pluriemprego (Macq *et al.* , 2001).

2.1.2 Complementaridade entre empregos

Para além dos benefícios monetários proporcionados pelo trabalho que garante a principal fonte de rendimento há outros motivos relacionados com a complementaridade entre os empregos que não têm expressão monetária. Entre outros motivos são valorizados pelos médicos o acesso a novos campos de formação, a aprendizagem de novas técnicas, a diversificação de experiências, o posicionamento estratégico para estabelecer contactos com outros profissionais e outras instituições de saúde, bem como a obtenção de prestígio e reconhecimento profissional (Averett, 2001).

Num estudo realizado no Reino Unido, em 2003, evidencia-se o facto de os médicos estarem dispostos a ultrapassar as restrições de horários impostas pelo emprego principal para adquirir novas competências, ter acesso a novas técnicas e a experiências profissionais diversificadas (Heineck, 2003). Quando estas oportunidades de formação se encontram no sector público constituem uma forte razão para os médicos não abandonarem este sector mesmo que isso represente trabalhar com uma remuneração relativamente mais baixa comparativamente ao sector privado.

Trabalhar no sector público poderá ter um efeito directo ou indirecto no rendimento gerado no sector privado (Chawla, 1996). Os médicos em regime de pluriemprego ocupam um posicionamento estratégico no sistema de saúde. A elevada reputação, alcançada no sector público gera externalidades positivas, pois permite aumentar a procura no sector privado originando o aumento do rendimento neste sector.

2.1.3 Factores profissionais e institucionais

Para além dos factores antes enunciados há outros factores, igualmente de natureza não monetária, que poderão ajudar a explicar a decisão dos médicos trabalharem no sector público e privado. Muitas vezes são as deficiências existentes nas organizações de saúde que levam a que os médicos procurem a satisfação profissional num emprego complementar (Macq *et al.*, 2001). O sector público apresenta-se tradicionalmente organizado de forma a não reconhecer e diferenciar o mérito dos seus funcionários, com uma regulação funcional burocratizada e sem flexibilidade na gestão. A disciplina financeira e os mecanismos de supervisão são frequentemente ausentes ou débeis. A forma de remuneração dos colaboradores normalmente não está associada à produtividade, ao desempenho e à atitude comportamental. Outras características observadas são por vezes um elevado grau de discricionariedade dos funcionários, elevadas cargas de trabalho e pressão sobre os resultados (Askildsen & Holmas, 2004), com exigências de aumento da produção, de controlo dos custos, com frequentes mudanças nas regras dos serviços públicos, com a introdução sucessiva de mecanismos de reformas, bem como desequilíbrios na constituição das equipas por escassez ou excesso de profissionais de saúde. Facilita, ainda, a opção por um segundo emprego a existência de sistemas de controlo pouco eficazes, que permitem que os profissionais possam dedicar pouco esforço ao emprego público ou até ausentarem-se do seu emprego principal com reduzida probabilidade de serem punidos.

Todas as razões descritas poderão constituir motivos para a decisão de trabalhar para além do serviço público e deveriam merecer uma especial valorização na formulação da

política de gestão de recursos humanos das instituições públicas prestadoras de cuidados de saúde.

2.1.4 Factores pessoais e familiares

A personalidade individual, as características pessoais e do agregado familiar são factores importantes na hora de decidir trabalhar em regime de pluriemprego. A motivação é capacidade e esforço. As pessoas motivadas procuram e conseguem algo que lhes proporciona satisfação e recompensa pelo trabalho onde por vezes outros não a encontram. A ideia de motivação pessoal, aqui abordada, é a força intrínseca, gerada por necessidades e motivos entendidos como impulso interno que leva à acção. Género, idade, e estrutura familiar são factores que se evidenciam em alguns estudos. Médicos com mais idade e com maiores encargos familiares têm uma maior taxa de pluriemprego. Diversos estudos apontam para uma maior frequência de pluriemprego entre médicos do sexo masculino em países em desenvolvimento e desenvolvidos, no Peru (Jumpa, Jan & Mills, 2003), nos EUA (Cohen, 1990; Culler & Bazzoli, 1985) e Austrália e Nova Zelândia (Dent, 2004). A antiguidade, associada à especialização, à maior experiência profissional e reputação criam condições para obter um maior rendimento pelo trabalho exercido no sector privado.

Tradicionalmente o exercício da medicina era associado ao exercício liberal que incluía a capacidade para dispor dos métodos de organização do trabalho. Nos serviços públicos os médicos exercem as suas funções com os constrangimentos acima descritos. A possibilidade de complementar o exercício profissional, com um regime que permite um elevado grau de autonomia, merece destaque especial, e constitui um motivo de satisfação e auto-realização no trabalho.

As teorias económicas apresentam limites para a explicação do fenómeno, apresentando evidências mas algumas contradições. Se um trabalhador tem dois ou mais empregos tenta alcançar a combinação entre o rendimento e o lazer com um raciocínio para a maximização do rendimento. Esta teoria não consegue explicar o pluriemprego médico. Em princípio um trabalhador prefere trabalhar mais horas no seu posto de trabalho, desde que receba mais, em alternativa a trabalhar em vários empregos. Também os empregadores, através da fixação de incentivos, tendem a constranger os trabalhadores da tentação de desviar tempo e atenção do trabalho principal. Cada um dos eventuais motivos apresentados para explicar a opção de trabalhar no sector público e privado não pode ser analisado separadamente. A decisão é complexa e fruto de um conjunto de factores externos e intrínsecos que interagem entre si e que conduzem a decisões individuais diferentes mesmo em contextos similares. Só desta forma se poderá explicar que muitos médicos se mantenham a trabalhar no sector público, com baixo rendimento, acumulando com actividade privada, quando poderiam ter um maior rendimento apenas na actividade privada.

3. Prevalência do pluriemprego

O pluriemprego médico é um fenómeno que se encontra presente em quase todos países do mundo. Segundo Macq *et al.* (2001), encontramos as taxas mais elevadas de pluriemprego nos países onde a diferença entre o rendimento privado e público é maior. Países como Índia, Egipto e Vietname ou Indonésia têm taxas de cerca de 80%. Muitos países de África, da Ásia e da América Latina têm taxas idênticas.

A maior parte das publicações que abordam este tema referem-se a países em desenvolvimento mas também nos países desenvolvidos o fenómeno é observável. Na Austrália e Nova Zelândia, embora com contextos diferentes, as taxas são muito elevadas. No Reino Unido, em 1994, 60% dos médicos hospitalares, com tempo integral no sector público, trabalhavam simultaneamente no sector privado (Competition Commission, 1994). Na Irlanda e na Áustria as taxas são de 90% e de quase 100%, respectivamente. Quando a prática do pluriemprego é regulamentada ou mesmo proibida pode continuar a existir de forma significativa (Bian *et al.*, 2003). Em Portugal, Espanha, França, Itália, Grécia, ou Finlândia as taxas são elevadas com variações significativas entre os países.

4. Consequências do pluriemprego

O pluriemprego é por vezes apresentado como um problema e outras vezes como uma solução. O modelo económico de Brekke & Sørsgard (2007) apresenta como consequência do pluriemprego a redução da oferta global dos cuidados de saúde. O resultado do trabalho dos médicos, nos dois sectores, seria menor do que aquele que resultaria do trabalho, em condições análogas, exclusivamente no sector público. Este modelo assente num conjunto de premissas não tem confirmação empírica (Ferrinho *et al.*, 2004). Quando se avalia o impacto do pluriemprego sobre a oferta o resultado global pode ser positivo ou negativo (Humphrey & Russell, 2004). A preferência da pessoa para o dinheiro ou para o lazer e a relação do rendimento obtido entre o trabalho principal e o trabalho secundário determinam o resultado sobre o aumento ou a diminuição da oferta global dos cuidados de saúde.

A qualidade dos cuidados de saúde é difícil de medir. Quando analisamos os efeitos do pluriemprego sobre a qualidade dos cuidados encontramos diversas posições. Os autores que defendem que há uma relação directa entre o pluriemprego e a diminuição da qualidade referem que, porque os médicos têm um maior rendimento e maior influência no sector privado, concentram o seu esforço nesse trabalho. Assim tendem a ser absentistas, a referenciar doentes para o sector privado e a ter comportamentos pouco eficientes no sector público. Foram desenvolvidos modelos teóricos para explicar estes comportamentos com pressupostos isolados. O relatório da Organização Mundial da Saúde, de 2000, conclui que o pluriemprego levou à deterioração da qualidade dos cuidados de saúde, em vários países. No entanto, nesses países não existiam normas de regulação, as práticas organizacionais e de gestão conduziam facilmente à desmotivação e a um baixo desempenho dos profissionais. A má gestão e o clima de impunidade não podem ser separados dos efeitos sobre a qualidade dos cuidados e confundem na hora de analisar os efeitos do pluriemprego. A avaliação é complexa e apresenta-se frequentemente relacionada com a capacidade de execução dos governos no controlo dos efeitos adversos.

Aos profissionais de saúde, em situação de pluriemprego, é reconhecida a capacidade para manipular as listas de espera, no sector público, a fim de aumentar a procura no sector privado (González, 2005). Este argumento tem especial fundamentação no caso de os médicos receberem incentivos explícitos pelo número de doentes tratados, no sector privado e tem pouca sustentabilidade quando os médicos recebem um salário fixo nesse sector. Em Inglaterra foram desenvolvidos vários estudos acerca da relação entre o pluriemprego com as listas de espera. Num estudo foi encontrado uma correlação positiva entre o rendimento dos médicos em pluriemprego e os tempos de espera do

sector público sem contudo se poder concluir pela causalidade dessa correlação (Morris, 2008). Noutros estudos foi estudada a relação entre o regime estabelecido no contrato de trabalho no sector público e o desempenho profissional concluindo que os cirurgiões com tempo parcial têm uma taxa de maior actividade que os que de tempo integral (Bloor & Maynard, 2004) e que os médicos em regime de pluriemprego são os mais produtivos do serviço público britânico (Rickman & McGire, 1999).

Um modelo desenvolvido por González (2004) assume que o pluriemprego médico pode fazer crescer os custos dos cuidados de saúde pois estes usam a actividade pública para aumentar a sua reputação e assim acrescentarem o seu rendimento privado. Na prática, no entanto, não é possível calcular estes custos e provar esta situação.

A opção política de permitir aos médicos trabalharem simultaneamente no sector público e privado apresenta consequências positivas e negativas. Quando os aspectos negativos da acumulação de funções públicas e privadas se encontram generalizados num sistema de saúde está constituído um problema importante que requer medidas de regulação específica. A disciplina profissional, as normas de boas práticas e os princípios éticos impedem que os médicos tirem vantagem da informação ou posicionamento privilegiado. No entanto, neste como noutros sectores, há falhas. O profissionalismo dos médicos pode ceder no caso em que os códigos de conduta não estejam suficientemente compreendidos ou no caso de conflito entre a ética profissional e os objectivos institucionais. Apenas alguns membros da profissão têm um comportamento perverso (Rose-Ackerman, 1963). É neste tipo de contexto que a literatura aborda os possíveis riscos do pluriemprego.

4.1 Efeitos adversos

Os economistas da saúde destacam, de entre as consequências adversas do pluriemprego médico, os comportamentos absentistas e de “baixo rendimento” no sector público, o desvio de doentes para o sector privado, a procura induzida, a selecção de doentes e o uso indevido de recursos públicos. Os argumentos que se concentram sobre as consequências negativas referem que os médicos ao acumularem funções provocam efeitos sobre a oferta, os custos e a qualidade dos cuidados (Ferrinho *et al.*, 2004). Os médicos, neste regime, ficam sob suspeita de concentrar a sua atenção e esforço no sector privado em detrimento do sector público, ou sub-representar os interesses dos doentes do sector público e assim os dos contribuintes (Biglaiser & Ma 2006). Igualmente são suspeitos de terem comportamentos que impulsionam os tempos de espera facilitando a desnatação e a procura no sector privado (González, 2004) e de fornecer cuidados, em excesso, no sector público para obter um efeito positivo sobre a sua reputação com benefícios no sector privado.

4.1.1 Absentismo, evasão de tarefas e baixo rendimento no sector público

Reduzir a carga de trabalho no sector público ou ausentar-se, quando sente necessidade, pode ser o comportamento típico de um médico interessado em concentrar o seu tempo e esforço no sector privado. Um agente económico, utilizando mecanismos de racionalidade e procurando a eficiência dos aspectos remuneratórios nos seus empregos pode colocar pouco esforço num deles. É discutível, e não está provado, que os médicos com pluriemprego dediquem menos esforço ao sector público. O fenómeno designando por “*escaqueo*”, em castelhano, é observável mas muito difícil de provar. O esforço é uma variável difícil de avaliar, por terceiro, tal como são igualmente difíceis de medir os

resultados no sector da saúde. Os incentivos introduzidos nos contratos de trabalho dos médicos destinam-se a influenciar o seu desempenho e induzir determinados comportamentos. No sector público, o pagamento por acto, o pagamento prospectivo por capitalização ou o pagamento por salário geram comportamentos e graus de envolvimento diferentes. Já no sector privado os aspectos remuneratórios dos médicos aparecem mais associados ao desempenho, com ou sem participação social na empresa (consultório, clínica ou hospital) onde exercem funções.

Para garantir a qualidade nos cuidados prestados e a redução de custos a melhor forma de remunerar os médicos é operar através de um sistema misto que combine pagamento prospectivo e reembolso de custos.

Nos países em desenvolvimento e também nos países desenvolvidos é observável o absentismo injustificado designado por “*shirking*” na bibliografia anglo-saxónica. Também na Inglaterra Ensor T. e Duran-Moreno², referem ausências de especialistas para exercerem actividade privada no tempo em que deveriam prestar funções no serviço público de saúde.

4.1.2 Desvio de doentes para o sector privado

Nos países em desenvolvimento é uma prática relativamente comum o desvio de doentes do sector público para o sector privado (Jumpa & Mills, 2003). Os incentivos financeiros podem ser importantes para reforçar esse comportamento. Os médicos têm mais interesse nessa prática quando são sócios ou detentores de participações das empresas prestadoras de cuidados que recebem os doentes objecto desse desvio. Como no sector

² Citado por Saltman et al , 2002.

público, por norma, a remuneração é fixa e no sector privado é variável em função da produção é relativamente fácil que este mecanismo de natureza financeira reforce o comportamento de desvio de doentes. Em Itália, Grécia e Portugal existem estudos que evidenciam essa prática (France, Taroni & Donatini, 2005; Oliveira & Pinto, 2005).

O desvio de doentes pode ser directo ou induzido. O desvio directo consiste no aconselhamento para efectuar um determinado tratamento, ou complemento deste, num serviço do sector privado. O desvio induzido, muito mais subtil, pode fazer-se através de dificuldades acrescidas no acesso aos cuidados de saúde, como por exemplo, aumentando os tempos de espera ou através da diminuição da qualidade dos serviços prestados no sector público. Estes mecanismo, designado na literatura de língua inglesa como *skimping*, conduz ao abandono dos serviços públicos, por parte dos doentes, e ao aumento da procura dos serviços privados.

Os médicos através do seu comportamento poderão diminuir a capacidade de resposta e qualidade dos serviços. Mas têm interesse em fazê-lo? Numa primeira linha de abordagem pareciam evidentes os benefícios económicos que daí adviriam. Mas, nesta actuação, há que considerar as questões de natureza ética e de reputação individual que poderiam trazer prejuízos na actividade privada dos médicos ou até a possibilidade de rejeição por parte de alguns doentes. Já antes foi referido que a promoção da qualidade dos serviços prestados no sector público pelos médicos, com pluriemprego, beneficia o seu rendimento no sector privado. A qualidade dos serviços de saúde é difícil de medir. Um indicador de qualidade com possibilidade de ser percebido pelos doentes está relacionado com os tempos de espera para a prestação de cuidados. Os doentes com um tempo de espera muito longo no sector público, se tiverem provisão financeira para

suportar esse custo, poderão comprar esse serviço no sector privado. Assim, embora não existam estudos sobre esta realidade em Portugal, longos tempos de espera no sector público influenciam a procura no sector privado e poderão aumentar o rendimento dos profissionais em situação de pluriemprego³.

4.1.3 Cream-skimming

A prática designada por *cream-skimming* ou desnatação consiste na escolha dos doentes a tratar em função da sua gravidade e capacidade de recuperação. Os médicos com pluriemprego podem ter incentivos para referenciar os doentes com patologias “mais leves” para a sua prática privada consubstanciando uma relação de “desvio de doentes”. O modelo desenvolvido por González (2005) refere que a situação se torna complexa e relevante quando o sector público apresenta um programa de aquisição de cuidados ao sector privado para os doentes do sector público. Espanha, Irlanda e Portugal têm programas deste tipo. O estudo de Barros & Olivella (2005), sobre listas de espera no sector público relaciona a severidade, as regras de inclusão nas listas de espera e opção pelo tratamento privado. Também os médicos que trabalham em dedicação exclusiva no sector público podem seleccionar os doentes de menor severidade, tratando-os preferencialmente, pois sentem que não têm mecanismos contratuais ou de incentivos que os compense do esforço extraordinário de assistir os de maior gravidade. As regras de inscrição dos doentes em lista de espera instituídas pelas autoridades de saúde são muito importantes para atenuar ou prevenir essa escolha dos doentes.

³ Mas não são só estes profissionais com interesses relacionados com longos tempos de espera no sector público. Também os médicos com dedicação exclusiva estão interessados nos programas governamentais públicos de recuperação das listas de espera pois são uma oportunidade de aumentar o seu rendimento no sector público.

A modalidade de *cream-skimming* em sentido inverso é verificada quando, por escolha do médico, o doente migra do sector privado para o sector público, porque o tratamento é demasiado oneroso ou porque a situação clínica se revela demasiadamente complexa (Biglaiser & Ma, 2006). Por vezes esta prática configura o uso indevido de recursos públicos.

4.1.4 Uso indevido de recursos públicos

A utilização de recursos públicos, por parte de um trabalhador do sector público, com o objectivo de obter proveitos próprios preenche o conceito de corrupção (Bardham, 1997). Nos países em vias de desenvolvimento não é invulgar constatar a apropriação de materiais ou medicamentos do sector público para uso diferente daquele que seria devido. Também é relativamente comum a utilização de equipamentos públicos para prestar assistência a doentes privados. Igualmente nos países desenvolvidos se regista o uso indevido de recursos públicos, casos descritos em Itália ou no Reino Unido (Cutler, 2002; Ensor & Duran-Moreno, 2002). Para além da prática descrita são utilizados recursos dos hospitais e centros de saúde públicos para o exercício de trabalho privado.

Quando um doente assistido no sector privado não dispõe de recursos financeiros suficientes para suportar certos tratamentos ou meios complementares de diagnóstico é prática relativamente comum enviá-lo a um hospital público onde o doente continua o seu processo assistencial. Posteriormente, se a situação o permite, o doente pode regressar, por indicação médica, para o sector privado. Os doentes podem também transitar do sector privado para o sector público no casos dos tratamentos se complicarem do ponto de vista técnico e o sector privado não dispor de recursos

adequados. Outra situação descrita em países em desenvolvimento, ou mesmo desenvolvidos, é a cobrança de importâncias informais, aos doentes, para a utilização de serviços públicos onde seriam gratuitos. A cobrança de pagamentos informais é descrita em França, Grécia ou Japão (Bellanger & Mosse, 2000; Cutler, 2002; Venieris, 1997; Ikegami, 1997) para evitar as listas de espera ou como contraprestação de actos cirúrgicos. A iniciativa de efectuar estes pagamentos informais pode partir do médico ou do doente. Quando o doente pretende aumentar a qualidade ou a rapidez de resposta na prestação dos cuidados poderá tomar a iniciativa e conseguir a aceitação do médico. Nestes casos haverá muita dificuldade em cindir esta relação de interesses, vantajosa para ambas as partes e saber-se deste acordo. A iniciativa dos médicos, quando existe, corresponde ao interesse destes em fugir aos impostos ou aumentar o rendimento, situação muito comum nos países de baixos salários e precária situação económica da classe.

Em Itália (Turone, 1998) é descrita a situação de doentes referenciados para centros de radiologia do sector privado, por médicos a exercerem funções no sector público, que recebiam uma importância correspondente a cada doente enviado. Também esta prática preenche o conceito de corrupção.

Para prevenir e minimizar os efeitos negativos acima descritos os serviços públicos terão que desenvolver uma cultura organizacional que promova a motivação dos trabalhadores com particular enfoque nos médicos. A introdução de incentivos, pecuniários e especialmente não pecuniários (Garcia-Prado, 2004) em conjunto com a introdução de mecanismos de supervisão mais apertados, contribuem para afastar comportamentos

oportunistas e ajudam a prevenir a desmotivação dos médicos mais íntegros e empenhados no sector público.

4.2 Efeitos positivos

Alguns autores entendem que o pluriemprego médico contribui com alguns aspectos positivos para os sistemas de saúde. De entre os aspectos positivos destaca-se a oportunidade do sector público recrutar e fixar os melhores médicos a baixos custos. Os baixos salários praticados, em alguns países, originam diminuição dos custos para os orçamentos públicos. Em contrapartida os Estados poderão apresentar-se tolerantes face ao conjunto de condutas acima descritas. Esta actuação do poder público apresenta consequências para a eficiência, a equidade e a qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

O trabalho dos médicos simultaneamente nos dois sectores de actividade poderá, igualmente, permitir um aumento da oferta (Chawla, Berman & Kawiorska, 1998), uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde e um aumento de satisfação dos doentes (Bellanger & Mossé, 2000). Estas vantagens têm especial relevância nos países onde os salários dos médicos no sector público são bastante baixos. O pluriemprego pode contribuir para diminuir os tempos de espera do sector público pois são atendidos mais rapidamente no sector privado os doentes com disposição para pagar. Estes doentes ao saírem das listas de espera do sector público originam a diminuição dos tempos de espera dos doentes que se mantêm no sector público. O facto de os médicos poderem acumular funções públicas e privadas e complementar o rendimento público com o sector privado contribui para a diminuição da possibilidade de pagamentos informais no sector público. Um dos objectivos da legalização do pluriemprego na Grécia foi a diminuição dos

pagamentos informais (Mossialos, Allin & Davaki, 2005). Alguns autores referem ainda que o pluriemprego enriquece a experiência profissional dos médicos e permite o acesso, no sector privado à inovação tecnológica (conhecimentos e técnicas), com benefícios para o sector público e privado. Se o sector privado for pioneiro na inovação tecnológica os doentes do sector público poderão beneficiar desses conhecimentos, qualificação e experiência dos médicos, quando essas novas tecnologias forem adquiridas para o sector público.

Nesta análise há aspectos que não geram consenso. Os efeitos enunciados do pluriemprego sobre a qualidade, a oferta, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados necessitam de estudos que evidenciem, nos modelos teóricos, mas sobretudo na prática as vantagens e inconvenientes para cada um dos sistemas de saúde.

5. Políticas e respostas de regulação

Regulação em saúde é, segundo Selznick⁴, um “controlo, objectivo e sustentado, exercido por uma agência pública, sobre actividades que são valorizadas socialmente”. Em saúde há necessidade de regular porque há exigências de governação ética do sistema de saúde face às deficiências do funcionamento do mercado. Esse papel é assumido deliberadamente pelo Estado pois está interessado em desencorajar, criar, facilitar ou incentivar comportamentos dos organismos ou entidades prestadoras de cuidados de saúde. A função de regulação pode ser económica e social. Nesta última acepção a regulação assemelha-se ao modelo de *stewardship* (Saltman e Ferroussier-Davis, 2000).

⁴ Citado em Baldwin e Cave (1999, pág 2).

5.1 Mecanismos e formas de regulação

Os mecanismos de regulação em saúde podem dividir-se em dois grupos: No primeiro grupo podemos ter regras e restrições legais e regulamentares (legislação, códigos de conduta, regulamentos, linhas de orientação e recomendações) e no segundo grupo um conjunto de incentivos que tanto podem ser de natureza financeira ou não financeira, positivos ou negativos, que têm como finalidade modelar a actuação dos prestadores. São exemplos de incentivos indutores de determinados comportamentos a forma e as fórmulas de financiamento das instituições que operam através do pagamento das prestações de saúde, a forma de avaliação do desempenho de entidades prestadoras ou a penalização de condutas por infracção praticada por organismos regulados. Quanto ao momento podemos ter mecanismos de actuação *ex-ante* e *ex-post*. Um exemplo da dupla possibilidade de intervenção reguladora poderá acontecer nos casos de “desnatação” de doentes por parte dos prestadores. No primeiro caso são definidas as regras para os prestadores se orientarem e no segundo são estabelecidas as sanções face ao incumprimento.

As respostas aos problemas decorrentes da acumulação de funções públicas e privadas são vistas pela maior parte dos países como necessárias. A forma de actuação de cada país é diferente mas o objectivo é comum: evitar ou minimizar as consequências adversas dessa prática. Alguns países proíbem totalmente ou parcialmente a possibilidade de acumular funções privadas, outros combinam a permissão com mecanismos de incentivos. Implementar uma política de regulamentação não é uma tarefa fácil. Depende das características e particularidades de cada sistema de saúde, das prioridades dos governos, exige grande capacidade de monitorização e capacidade para suportar os custos dessa

actividade. De seguida analisaremos as diversas formas de regulação relatadas na literatura internacional.

5.1.1 Proibição

Para alguns autores o resultado líquido da ponderação das vantagens e desvantagens do pluriemprego médico apontam para a prevalência dos aspectos negativos sobre os aspectos positivos. A confirmar-se tal situação a solução afigurar-se-ia fácil: proibir a acumulação de funções públicas e privadas. Mas esta medida para além de muito difícil de implementar, como vamos ver de seguida, tem custos muito elevados.

Há poucos exemplos da acção governativa que tenham proibido a prática da medicina privada a médicos que trabalham no sector público. Trata-se de uma medida de estabelecimento quase impossível para os países de mais débeis recursos pois o fosso entre os rendimentos públicos e privados obtidos pelos médicos são muito acentuados. A proibição completa foi determinada no Canadá, na China e em alguns estados da Índia. No Reino Unido tentou-se, em 2001, que os consultores trabalhassem para o sector público durante sete anos. Esta medida, referida por Berman & Cuizon (2004), não chegou a ser implementada.

Podemos encontrar alguns argumentos teóricos a favor da proibição. Autores como Brekke & Sørsgard (2007) sugerem a proibição do pluriemprego como estratégia de eficiência quando a concorrência do sector privado é fraca e os dois sectores se podem substituir.

A experiência internacional mostra que a proibição de acumulação de funções públicas e privadas normalmente não é bem sucedida quer em países em desenvolvimento quer em

países desenvolvidos (Berman & Cuizon, 2004). Na Grécia a proibição vigorou entre 1983 e 2002 e muitos médicos violavam a legalidade trabalhando simultaneamente nos dois sectores (Mossialos, Allin & Davaki, 2005). Também em Portugal, onde não existem mecanismos eficazes de fiscalização, ocasionalmente a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) tem constatado a situação de alguns médicos com contrato de exclusividade a prestarem serviços ao sector privado quer directamente quer através de empresas⁵. Implementar uma política de proibição implica um conjunto de riscos e de afectação de recursos de forma a tornar essa prática efectiva que muitos Estados não têm capacidade para suportar.

A proibição de acumulação de funções públicas e privadas pode implicar efeitos colaterais. Exemplos práticos constatados são o risco de transferência de médicos para o sector privado ou a emigração para países com condições mais apelativas ao exercício da medicina (Buchan & Sochalski, 2004). Proibir o pluriemprego encoraja os médicos com maior qualificação e experiência a trabalharem no sector privado em detrimento do sector público, logo que construam a sua reputação no sector público. O sector público fica em desvantagem competitiva para recrutar e reter médicos e reduz a sua capacidade de oferta e eventualmente a qualidade dos serviços. Outro risco da proibição é o dos médicos do sector público passarem a receber pagamentos irregulares em complemento do seu salário público. Esta prática observada em países de baixo rendimento é também referida na Grécia no período que decorreu entre 1983 e 2002 (Mossialos, Allin & Davaki, 2005).

⁵ Notícia divulgada na comunicação social em 4 de Abril de 2011 (Jornais o Público, Diário de Notícias e Jornal de Notícias).

5.1.2 Restrições sobre o sector privado

Em França ou no Reino Unido os governos têm imposto restrições ao rendimento nas actividades privadas. No Reino Unido os consultores em tempo integral podem acrescentar 10% ao seu rendimento do sector público. Na França a restrição situa-se nos 30% do rendimento total do médico (Rickman & McGuire, 1999). Um dos efeitos perversos, para o sector público, resultante da limitação do exercício no sector privado é a diminuição da qualidade dos serviços no sector público. Esta situação ficaria a dever-se ao facto de umas das motivações de exercício no sector público ser a de projectar a sua reputação para o sector privado e daí obterem dividendos (González, 2004). Em sentido contrário há estudos que afirmam que a limitação da actividade dos médicos no sector privado poderá ter como consequência o aumento da qualidade do sector público porque se reduzem as reacções adversas do comportamento dos médicos neste sector (Biglaiser & Ma, 2006).

5.1.3 Contratos de trabalho em dedicação exclusiva

Países como Itália, Espanha ou Portugal, alguns estados indianos ou a Tailândia ofereceram contratos com dedicação exclusiva, no sector público, com complementos salariais ou com possibilidades de promoção para os profissionais neste regime. A contrapartida é a de se absterem de trabalharem no sector privado. A experiência em Itália reservou a possibilidade das promoções no topo da carreira aos médicos com dedicação exclusiva e o Reino Unido associou incentivos à produtividade dos médicos. Os governos de muitos países não conseguem competir com o sector privado pois aquilo que os médicos ganham

neste sector não consegue ser compensado pelo pagamento adicional do sector público. A experiência internacional e nacional mostra que esta medida isolada é pouco eficiente se não se apresentar associada a um quadro de incentivos.

5.1.4 Exercício de clínica privada em instalações públicas

Alguns países permitem aos médicos o exercício de actividades privadas dentro das instituições públicas e fora do horário de trabalho (Egglestton & Bir, 2006). Esta faculdade permite aos organismos públicos terem uma regulação, uma supervisão e um acompanhamento muito próximo dos médicos que acumulam actividades, permite aumentar os rendimentos dos serviços e servir como incentivo para melhor utilizar os recursos disponíveis (De Pietro, 2006). Os hospitais recebem pelos serviços prestados em regime de clínica privada uma taxa, ficam com uma parte como contrapartida da utilização das instalações e equipamentos e distribuem a outra parte pelos prestadores dos serviços. Esta política tem sido seguida em França (Sandier, Paris & Polton, 2004), desde há muito tempo, em hospitais universitários e em algumas especialidades em hospitais por todo o país. A Irlanda, a Alemanha e a Áustria têm seguido uma política similar. A Itália definiu, em 1999, regras de separação entre a prática da medicina pública e privada e apenas permite aos médicos providos depois 1998 exercer medicina privada nas instalações dos hospitais públicos.

O mecanismo que permite o exercício de clínica privada em instalações públicas apresenta um conjunto de potenciais problemas. O pagamento dos cuidados de saúde prestados neste regime apenas se reporta, por norma, a parte dos recursos utilizados levantando um problema de concorrência desleal com a actividade privada que tem

preços correspondentes aos custos globais da actividade. Mas o maior problema resulta da mistura de prestações públicas e privadas e do facto de os hospitais terem os mesmos recursos envolvidos no tratamento dos doentes podendo levantar a questão da prioridade no acesso aos meios de diagnóstico e de tratamento. Outros problemas potenciais são a discriminação de doentes, os conflitos de interesses e o desvio de recursos públicos. Só se conseguem minimizar estes problemas com uma política de transparência na contratação pública e o acompanhamento muito rigoroso destes contratos com os médicos envolvidos no exercício da medicina privada nos hospitais públicos.

5.1.5 Aumento dos salários no sector público

O aumento de salários no sector público tem como objectivo desencorajar a prática privada e promover o valor do trabalho do sector público de forma a torná-lo mais rentável. Um estudo desenvolvido na Noruega demonstra o efeito de substituição (Saether, 2003). No entanto em países em vias de desenvolvimento esta medida é muito difícil de implementar porque o desnível de remunerações entre os sectores é muito acentuado. A medida quando não é acompanhada por outras pode não produzir os resultados esperados.

5.1.6 Auto-regulação

A auto-regulação é provavelmente a forma de regulação mais eficiente. Uma profissão organizada define, através dos órgãos oficiais, os deveres e obrigações dos seus

profissionais. A auto-regulação profissional dos médicos assentou ao longo dos tempos na ética profissional, foi sucessivamente consagrada em códigos de ética e em juramentos, que pretendiam honrar e exortar as virtudes dos profissionais. Na auto-regulação os órgãos representativos definem e revêem periodicamente um conjunto de regras, de competências e um padrão de conduta para os seus profissionais que as aceitam. Os profissionais de saúde são grupos muito especializados. No entanto a auto-regulação deve-se sobretudo à enorme densidade em conhecimento e complexidade técnica no que se refere à qualidade e ao desempenho destas profissões.

A auto-regulação profissional é muito mais forte e eficaz em países de elevado rendimento. É através deste mecanismo que são assegurados, por delegação do poder público para as organizações profissionais, elevados padrões de qualidade no sector público⁶. Também aspectos ligados aos processos de acreditação, certificação e sobretudo os meios de avaliação do desempenho contribuem, com externalidades positivas, para a garantia da qualidade no sector público. Os aspectos culturais e sociais da profissão médica, bem como a pressão dos pares contribuem para melhorar os aspectos comportamentais dos médicos no sector público (Encinosa, Gaynor & Rebitzer,2007). Como já foi acima referido, a reputação dos médicos, no sector público, é susceptível de influenciar a sua capacidade para gerar rendimentos no sector privado. São sobretudo os aspectos éticos da profissão que impedem as práticas indesejadas do pluriemprego. Em contraste com essa situação, nos países com baixos rendimentos e com fraca organização dos corpos profissionais, a falta de regulamentação das actividades privadas, ambientes de trabalho permissivos, baixos padrões de moral relativos ao trabalho e uma monitorização fraca ou inexistente evidenciam as consequências negativas do pluriemprego sobre a

⁶ Em Portugal, o nº 4 da Base XXXII da Lei de Bases da Saúde opera essa delegação na Ordem dos Médicos.

qualidade dos serviços públicos. Em alguns países são as próprias estruturas representativas das classes profissionais que não estão interessadas em introduzir medidas de auto-regulação. Esse papel quando não é desenvolvido por estas entidades constitui um ónus para o serviço público.

Em Portugal destacam-se dois documentos de auto-regulação no exercício da medicina: o Código Deontológico e o Estatuto Disciplinar. Nestes documentos não parece existir qualquer regra específica que defina princípios ou normas de conduta na articulação do exercício entre o sector público e o sector privado.

5.1.7 Incentivos ao desempenho

Os objectivos a atingir com a introdução de um programa de incentivos ao desempenho são melhorar a produtividade e a motivação dos profissionais. Os Estados Unidos, o Reino Unido, a Itália, a Espanha têm experiências, relatadas com sucesso, com incentivos financeiros e não financeiros. Em Portugal, nos finais da década de noventa, durante a existência dos hospitais com o estatuto de sociedade anónima, algumas instituições aplicaram na prática a possibilidade de fixar uma componente variável de remuneração e utilizar um programa de incentivos ligados ao desempenho. Aparentemente ocorreu uma mudança de estratégia e a experiência que estava a ser conduzida pelos hospitais do sector empresarial do Estado foi interrompida sem que tivesse produzido os resultados a que se propôs.

6. Pluriemprego em Portugal

O pluriemprego não está suficientemente estudado em Portugal. Embora se conheça a taxa aproximada de prevalência do pluriemprego não conhecemos as causas e os seus efeitos sobre o nosso sistema de saúde. Depois de realizada a revisão bibliográfica da literatura internacional destacam-se, de seguida, alguns aspectos relevantes do sistema de saúde nacional que ajudam à compreensão do fenómeno do pluriemprego em Portugal.

6.1 Pluriemprego e dever de lealdade

A alínea f) do n.º 1, do artigo 128.º, do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro, estabelece que o trabalhador, sem prejuízo de outras obrigações deve *“guardar lealdade ao empregador, nomeadamente não negociando por conta própria ou alheia em concorrência com ele, nem divulgando informações referentes à sua organização, métodos de produção ou negócios”*.

A violação do dever corresponde, por via de regra a uma infracção disciplinar grave. Assim o dever de guardar lealdade ao empregador não impõe obrigatoriamente ao trabalhador um impedimento de desenvolver uma actividade profissional, desde que não colida com o cumprimento dos seus deveres laborais. Dispõe, ainda, o artigo 136.º do Código do Trabalho que *“é nula a cláusula de contrato de trabalho ou de instrumento de regulamentação colectiva de trabalho que, por qualquer forma, possa prejudicar o exercício da liberdade de trabalho após a cessação do contrato”* aceitando como regra válida e natural a não concorrência durante a vigência do contrato.

Em Portugal as carreiras médicas não obrigam ao regime de exclusividade. Permitem, em termos práticos, uma ampla acumulação de funções no sector público com o sector privado. Exclusividade obriga à abstenção de qualquer actividade laboral. Esta exigência contrária à flexibilidade e liberdade de trabalho só pode ter uma razão muito excepcional: a defesa do interesse do empregador justificado pela natureza e o cargo exercido.

Nos termos da legislação laboral os médicos não estão proibidos de ter mais que um emprego estão apenas obrigados ao dever de lealdade e ao impedimento de desenvolver uma actividade profissional por conta própria ou alheia em concorrência com o empregador público ou privado. Esta análise do dever de não concorrência remete-nos mais adiante para a noção de conflito de interesses.

Os médicos que trabalham no sector público são detentores das “informações referentes à sua organização” e aos “métodos de produção” nas instituições públicas a que estão vinculados. Será que quando trabalham simultaneamente no sector privado, na mesma especialidade, “por conta própria ou alheia” guardam lealdade ao empregador, não concorrendo com ele apesar de ocuparem uma posição estratégica que facilita a que tal facto ocorra? Neste estudo vamos tentar compreender a opinião dos médicos envolvidos nesta situação.

6.2 Modalidades de acumulação de funções

O trabalho médico poderá combinar vertentes clínicas, de investigação, de ensino e de gestão. Há países onde os médicos combinam a prática clínica com actividades laborais exteriores à área da saúde. Isso acontece nos países em vias de desenvolvimento. Embora este trabalho esteja focado na acumulação de funções públicas e privadas, dada a sua

prevalência e a importância dos eventuais efeitos negativos para os sistemas de saúde, revemos em seguida as modalidades mais frequentes do pluriemprego médico em Portugal.

6.2.1 Dupla acumulação no sector público

Nesta modalidade os médicos têm dois empregos públicos. No Canadá, por exemplo, é comum os médicos trabalharem em dois hospitais públicos (Hamilton *et al.*, 1997). Em Portugal podemos encontrar situações similares. Encontramos frequentemente médicos da especialidade de saúde familiar que trabalham num centro de saúde e acumulam funções no serviço de urgência de um estabelecimento hospitalar. Outra situação, igualmente frequente, é constituída pela acumulação de duas relações contratuais, de natureza pública. Nestes casos os médicos são contratados para exercerem funções docentes e assistenciais respectivamente numa universidade e num hospital.

6.2.2 Dupla acumulação no sector privado

Nesta modalidade os médicos têm dois ou mais empregos no sector privado. Constitui uma prática comum nos Estados Unidos da América mas também é observável em Portugal de entre os médicos que trabalham exclusivamente no sector privado.

6.2.3 Exercício no sector público e acumulação no sector privado

Esta é a forma mais comum de acumulação de funções e aquela que constitui o nosso objecto de estudo. O médico acumula o seu emprego principal no sector público com

funções no sector privado. As tarefas desempenhadas são similares nos dois sectores. A actividade no sector privado pode ser desempenhada com carácter autónomo, subordinado ou combinando as duas modalidades. Os médicos podem exercer funções públicas e acumular funções privadas numa clínica ou consultório privado ou exercer, em acumulação, medicina privada num hospital público. Encontramos esta realidade em países europeus como a França, Alemanha, Irlanda ou Itália (France, Taroni & Donatini, 2005). A actividade privada pode ser exercida em *part-time* e o emprego público em horário completo, situação muito comum em Portugal, ou podemos encontrar a posição inversa, situação comum na Inglaterra ou Áustria. Podemos ainda encontrar a combinação de empregos em que não há diferenciação do emprego principal. Em Portugal é possível verificar a situação muito peculiar de acumulação de várias funções e de várias modalidades pelo mesmo profissional. Um médico pode acumular funções em organismos públicos (contrato para o exercício de funções assistenciais num hospital ou em vários hospitais e contrato para funções de ensino numa universidade) e ainda funções privadas por conta própria ou em regime de trabalho subordinado ou ambos.

6.3 Prevalência do pluriemprego

Em Portugal, de acordo com Ferrinho *et al.* (2004), 58% dos médicos do sector público exerciam actividade privada. De facto, embora se encontrem publicações com valores estimados para a taxa de prevalência do pluriemprego nacional a verdade constitui um enigma. Entre nós não há qualquer entidade oficial que disponha de um registo sistemático dos médicos que acumulam funções no sector público e privado.

Até à última revisão das carreiras médicas os profissionais com o regime de tempo completo, no sector público, podiam exercer funções no sector privado, em regime de profissão liberal, sem necessitarem de solicitar autorização à entidade empregadora. Apenas era requerida autorização para o exercício de funções privadas em regime de trabalho subordinado. A Ordem dos Médicos, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as entidades empregadoras, do sector hospitalar ou dos cuidados primários, não dispõem de registos que permitam o cálculo exacto da taxa de prevalência do pluriemprego médico. No âmbito deste estudo e com a finalidade de caracterizar e melhor identificar a extensão do fenómeno em Portugal foram solicitados à ACSS (Anexo I) os seguintes dados:

- Número de médicos (com o grau de especialista) em contrato de trabalho em funções públicas, em exercício de funções no SNS, por sector de actividade (cuidados primários e hospitais) e por regime de trabalho (tempo completo e dedicação exclusiva).
- Número de médicos (com o grau de especialista) em contrato individual de trabalho em exercício de funções no SNS, por sector de actividade (cuidados primários e hospitais) e por horário de trabalho e regime de trabalho.
- Número de médicos em exercício de funções no SNS e que simultaneamente exercem actividade privada, por tipo de vínculo laboral.

Os resultados disponibilizados em Setembro de 2011, referentes a Dezembro de 2010, são apresentados de forma resumida na Tabela I e não permitem estimar uma taxa de prevalência do pluriemprego. A ACSS informou que não dispõe de dados sobre os médicos com vínculo ao SNS e que exercem simultaneamente funções privadas.

Tabela I. Médicos do SNS, por sector de actividade e vínculo laboral, em Dezembro de 2010.

	Cuidados Primários	Hospitais	Total
CTFP	5895	7772	13667
CIT	85	3831	3916
Outros			2265
Total	5980	11603	19848

Fonte: ACSS.

A ACSS dispõe no seu *site* informação sobre os Recursos Humanos da Saúde, resultante dos agregados do “Balanço Social” das instituições que integram o Ministério da Saúde.⁷ O Serviço Nacional de Saúde tinha, no final do ano de 2009, vínculo contratual com 23.266 médicos. Destes 15.085 médicos trabalhavam em hospitais, 6.447 em Centros de Saúde, 1.545 nas Unidades Locais de Saúde e 189 em serviços da administração directa e indirecta do Estado. Cerca de 65% dos médicos do SNS trabalhavam em hospitais e aproximadamente 38% dos especialistas destas instituições tinham a vinculação jurídica constituída através de contrato de trabalho celebrado nos termos do Código do Trabalho. Apenas um terço dos médicos das especialidades hospitalares está obrigado ao regime de dedicação exclusiva. Cerca de dois terços dos médicos das especialidades hospitalares com vínculo ao SNS poderão trabalhar simultaneamente no sector público e privado, no entanto o número exacto de médicos nesta situação não é conhecido. Os médicos da carreira de medicina geral e familiar apresentam uma taxa de 70 % de opção pelo regime de dedicação exclusiva.

De acordo com o relatório final do estudo sobre necessidades previsionais de médicos desenvolvido pela Universidade de Coimbra e pelo Ministério da Saúde, em 2009, a

⁷ <http://www.acss.min-saude.pt/> acedida em Julho de 2011. “Balanço Social Global do Ministério da Saúde 2009”.

Ordem dos Médicos tinha 33.193 médicos inscritos em 2002 e 37.064 médicos em 2007.⁸ Em 2009, último ano com dados disponíveis no *site* da Ordem dos Médicos, encontravam-se inscritos 40.661 médicos.⁹ No entanto os registos da Ordem dos Médicos integram o conjunto de profissionais habilitados a exercer medicina em Portugal. Alguns destes médicos poderão não exercer a actividade sendo comum encontrar registos de médicos aposentados ou até possível encontrar registos de médicos já falecidos. O registo é cumulativo abrangendo o período que decorre da licenciatura até ao falecimento. De entre os que exercem funções, uma parte tem exercício exclusivamente no sector público, outra parte apenas no sector privado e um número não quantificado em ambos os sectores. Nos termos do Código Deontológico os médicos apenas têm o dever de comunicar à Ordem dos Médicos, no prazo de sessenta dias a contar do início da actividade, a localização do seu consultório.

O memorando de entendimento sobre as condicionalidades da política económica obriga o governo português, no terceiro trimestre de 2011 a “actualizar anualmente o inventário de todos os médicos no activo por especialidade, idade, região, centro de saúde e hospital, no sector público e privado, de modo a identificar os médicos no activo, incluindo internos, e a exercer e as actuais e futuras necessidades em termos de recursos humanos nas diferentes categorias elencadas.”¹⁰

6.4 Consequências do pluriemprego

Em Portugal não é possível comparar o absentismo nem o desempenho profissional dos médicos em dedicação exclusiva com os que acumulam funções públicas e privadas. Por

⁸ <http://www.acss.min-saude.pt/> acedida em Julho de 2011. Estudo de Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos – 2009.

⁹ <http://www.ordemosmedicos.pt> acedida em Julho de 2011.

¹⁰ http://www.min-financas.pt/informacao/economica/informacao/economica-diversa/memorando_de_entendimento_sobre_as_condicionalidades_de_politica_economica/view, acedida em Julho de 2011.

desempenho entende-se o comportamento no trabalho para o qual contribuem, entre outros, factores como as competências técnicas e relacionais e as motivações individuais. As suspeitas lançadas sobre os médicos, em regime de pluriemprego, acerca do eventual baixo rendimento e comportamento absentista não podem ser provadas. O SNS não dispõe de dados sobre a prevalência do pluriemprego médico tal como já foi referido. Não dispõe, igualmente, nem nunca dispôs, de um sistema que permita a avaliação e a comparação do desempenho dos médicos, ao nível individual e das equipas.¹¹

Outra suspeita lançada sobre o comportamento dos médicos com pluriemprego está relacionada com o eventual desvio de doentes do sector público para o sector privado. Tal como foi antes referido, as regras de inscrição dos doentes em lista de espera instituídas pelas autoridades de saúde são muito importantes para atenuar ou prevenir a escolha dos doentes a tratar. Em Portugal os hospitais do sector privado são utilizados pelo sector público para resolver o problema das listas de espera e para descongestionar a pressão neste campo. Este mecanismo reforça o interesse dos profissionais em seleccionar os doentes de baixa severidade no sector público, e não os tratar. Ultrapassados os tempos máximos de espera, segundo a prioridade definida, são tratados no sector privado muitas vezes pelos mesmos profissionais em acumulação de funções. Também aqui é muito importante o factor financeiro que modela o comportamento e os sistemas de retribuição praticados no sector público e no sector privado. A constatação deste facto pode ser observada, entre nós, verificando as propostas de intervenções cirúrgicas que mais frequentemente saem da lista de espera do Sistema Integrado de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Exemplo paradigmático foi constituído com a lista de

¹¹ Em 25 de Maio de 2011 foi publico no Diário da República o Acordo Colectivo de Trabalho que regula o processo de avaliação do desempenho dos médicos não sindicalizados. Este documento precede um conjunto de outros, ainda não publicados, que visam a avaliação do desempenho dos médicos, a partir de 2012, nos serviços públicos em Portugal.

espera para intervenção cirúrgica às cataratas, situação que gerou um programa de intervenção iniciado em 2008, com a finalidade de recuperar a lista de espera.

Em Portugal o sector público compra ao sector privado os serviços que não consegue produzir. Por este mecanismo mantém uma linha de financiamento ao sector privado. Em muitos casos o sector público teria capacidade instalada para corresponder a essa procura. Exemplos destes são também facilmente entendidos através do SIGIC, ou outros programas especiais, que fixam tempos máximos de resposta. Ultrapassado esse tempo os doentes têm a opção de serem tratados no sector privado suportando o SNS o correspondente encargo financeiro. Este mecanismo tem contribuído para a redução do tempo de espera por parte dos doentes, no sector público, mas não constitui um mecanismo de eficiência para o sector. Funciona como um factor catalisador do sector privado e gera perversidades no sector público. Acresce a este facto que os agentes na maior parte dos casos são os mesmos e os mecanismos de regulação e de fiscalização são muito débeis ou inexistentes. Outros exemplos, no mesmo sentido, encontram-se com frequência na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

6.5 Regulação

A forma de financiamento é por si um mecanismo muito importante de regulação. O Estado ao celebrar contratos para além de parte contratante é financiador e constitui-se, ao mesmo tempo, com a sua acção no papel de regulador. Nestes termos dificilmente se compreende o papel que é atribuído à Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em Portugal, enquanto entidade independente. De facto em saúde e no contexto do SNS a independência no exercício de regulação “não é tecnicamente viável nas suas dimensões

cruciais e é desaconselhada do ponto de vista ético e da responsabilidade política” (Ferreira, 2004).

O Estado quando celebra convenções com prestadores privados para corresponder a falhas do sector público, no âmbito do SIGIC ou na compra de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, tem a obrigação de definir e monitorizar um conjunto de critérios para garantir o acesso, a qualidade e o desempenho, bem como para exigir o seu cumprimento e estabelecer penalizações para o eventual incumprimento. Ao realizar esta acção está a utilizar simultaneamente várias formas de regulação. Para desempenhar o seu papel de regulador terá que assumir os custos, que por vezes são muito elevados, com a concepção, contratualização, monitorização e cumprimento dos contratos.

No entanto, em saúde, podemos encontrar dimensões de regulamentação independentes do Estado (exógenas). São elas a área de defesa dos doentes face aos problemas identificados por eles próprios perante os prestadores e a função de garantia da concorrência entre os prestadores.

6.6 As carreiras médicas e o regime de dedicação exclusiva

No século XIX, nos países industrializados os médicos faziam a sua formação nos “hospitais dos indigentes” onde exerciam um trabalho benemérito e na “clínica livre” auferiam os seus proventos. Em Portugal, se recuarmos à década de trinta, do Século XX, observamos que nessa, e nas décadas seguintes, os médicos recebiam uma gratificação pelo trabalho matinal e o seu rendimento era obtido na “clínica livre” ou “pulso livre”, de acordo com a expressão do Ministro Trigo de Negreiros, que durante muitos anos tutelou o sector da saúde. A situação foi evoluindo até à criação das carreiras médicas, no final dos anos cinquenta e início dos anos sessenta. As carreiras médicas consideradas um

elemento estruturante para o exercício e para a formação dos médicos sempre conciliaram a possibilidade do exercício no sector público associado ao direito tradicional e “inalienável” de exercer actividade privada.

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, bem como a assunção crescente de responsabilidades públicas no sector da saúde, a situação acima descrita poderia ter sido alterada. Mas a possibilidade de trabalhar no sector público e privado manteve-se nos sucessivos diplomas de carreira.

O regime de dedicação exclusiva previsto na legislação portuguesa foi uma aposta gradual que nunca teve uma efectiva avaliação. O regime foi previsto na legislação portuguesa, no Decreto-Lei n° 310/82, de 3 de Agosto, diploma que reuniu e sistematizou as regras das carreiras médicas. Este regime criado no artigo 9º, implicava a incompatibilidade com qualquer outra actividade profissional, com as excepções previstas no próprio diploma ou outros diplomas especiais. Não era permitido, por regra, que em cada estabelecimento existissem mais que 10% dos clínicos neste regime e a sua concessão estava dependente da apresentação de “...um plano anual no domínio do desenvolvimento profissional ou de serviço...”. A percentagem poderia ser ampliada por despacho ministerial, sendo abolida em 1989, através do Decreto-Lei n° 159/89, de 8 de Maio, tal como a obrigatoriedade de apresentação do plano. Ao regime de dedicação exclusiva foi atribuído um acréscimo salarial de 50%. Com a publicação do Decreto-Lei n° 159/89, de 8 de Maio, foi valorizado o regime de dedicação exclusiva com o objectivo de incentivar a sua adopção. O mecanismo de verificação do necessário cumprimento do compromisso de renúncia de actividades foi estabelecido pela aplicação dos artigos 3º e 4º do Decreto-Lei n° 1/83, de 3 de Janeiro.

As carreiras médicas, aprovadas pelo Decreto-Lei nº 73/90, de 6 de Março seguiram-se a uma ampla discussão acerca dos regimes de trabalho. Embora fosse referido que o regime regra era o da dedicação exclusiva, a carreira previa dois regimes de trabalho: dedicação exclusiva e tempo completo, bem como dois tipos de horários, 35 ou 42 horas semanais. O regime de tempo completo permitia, dentro de algumas condições, exercer em regime de acumulação, funções públicas e privadas. O exercício de profissão liberal não carecia de autorização para os médicos que optassem pelo regime de tempo completo.

Com esta reestruturação das carreiras médicas foi estabelecido que os médicos opositores aos concursos publicados na vigência do diploma passavam a ser providos em regime de dedicação exclusiva a não ser que optassem pelo regime de tempo completo. Os médicos que já se encontravam providos e que não fossem detentores do regime poderiam transitar para o regime de dedicação exclusiva.

A declaração de renúncia de actividades exigidas neste regime não tinha efeito constitutivo, não era requisito de eficácia nem apresentava carácter petitário. Tratava-se apenas de uma declaração de compromisso de honra cujo objectivo principal era o de afastar a inconsciência da ilicitude. Como forma de controlo sucessivo o médico ficava obrigado a apresentar uma cópia da declaração do imposto sobre rendimentos, no ano seguinte àquele a que se referiam, bem como cópia da documentação necessários à prova da origem dos rendimentos se existirem para além da remuneração. A infracção correspondente à percepção de rendimentos incompatíveis com o regime de dedicação exclusiva obrigava o médico à reposição dos suplementos remuneratórios recebidos e sujeitava-o a procedimento disciplinar.

Os médicos que detinham o regime de dedicação exclusiva estavam obrigados a um regime de absoluta incompatibilidade com qualquer actividade profissional, com as excepções já referidas. Os restantes médicos com relação jurídica de emprego vinculados ao SNS estavam sujeitos ao regime geral da função pública no que respeitava às regras de incompatibilidades e acumulações com actividades ou cargos públicos ou privados. Em Agosto de 1990 foi publicada a Lei de Bases da Saúde. Na base XXXI foi estabelecida a faculdade de os profissionais dos quadros do SNS exercerem actividade privada. Este mecanismo permitiu uma ampla liberdade para que os médicos exercessem a acumulação de medicina privada em simultâneo com o exercício público.

A situação manteve-se sem grandes alterações até Julho de 2008. Neste mês o Ministério da Saúde enviou uma proposta aos sindicatos, para negociação, com o título "Princípios Enformadores da Revisão" em que era expressa a vontade de forçar a dedicação exclusiva no SNS. Esta proposta não permitia a opção de acumulação, mesmo que parcial, com o sector privado.

Com esta proposta foi aberto novamente o debate. Em menos de uma semana o Ministério da Saúde, através do seu responsável máximo, declarou à comunicação social que "...actualmente" não existe a capacidade de separar o sector público e privado, apesar de tal ser "desejável"... "Não temos essa capacidade, no entanto a clarificação entre o que é o sector público e o privado seria importante"¹².

¹² http://www.publico.clix.pt/Sociedade/ministra-da-saude-exclusividade-dos-medicos-no-sns-esta-em-fase-inicial-de-discussao_1336895, acedido em 29 de Julho de 2008.

A discussão sobre os regimes de trabalho dos médicos a exercer funções no SNS continuou, muito viva, entre profissionais, representantes dos profissionais, comissões de utentes e de cidadãos até Julho de 2009. No mês seguinte foram publicados os novos diplomas de carreira.

A exigência da exclusividade traria necessariamente a separação do exercício da medicina no sector público e privado. Aparentemente não houve vontade, coragem política ou condições para a tornar efectiva. Subjacentes aos argumentos sempre estiveram os interesses. As novas carreiras consagraram, de novo, a possibilidade de trabalhar simultaneamente no SNS e no sector privado livre e convencionado. Os médicos providos em regime de exclusividade e a que exerciam, à data, funções no SNS mantiveram o regime com todos os direitos e deveres. O regime nunca foi avaliado e não é conhecida qualquer acção direccionada de fiscalização neste domínio.

De uma forma geral o mecanismo previsto na lei para o controlo sucessivo nunca foi eficaz, as instituições empregadoras deixaram de exigir a entrega das declarações do imposto e os médicos deixaram de cumprir essa obrigação legal.

Desde 2002 os hospitais com estatuto empresarial (inicialmente com a forma de sociedades anónimas e posteriormente entidades públicas empresariais) contratam os médicos através de contratos individuais de trabalho celebrados nos termos do regime geral da legislação laboral. Este regime de contratação está sujeito ao clausulado do contrato de trabalho, ao Acordo Colectivo de Trabalho (ACT) publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, nº 41, de 8 de Novembro de 2009 e supletivamente às regras do Código do Trabalho. Com esta nova forma de constituição do emprego o SNS deixou de oferecer o regime de dedicação exclusiva aos médicos contratados. As regras vigentes

para acumulação de funções públicas com o sector privado são as constantes cláusula oitava do referido ACT. Destacam-se as regras de exigências para acumular funções privadas, em regime autónomo, de uma declaração sob compromisso de honra e para o exercício de funções subordinadas, a necessidade de autorização da entidade empregadora e uma separação no tempo, de uma hora, para o início da função privada depois de cessar o exercício público.

6.7 Exclusividade e direcção de serviço hospitalar no SNS

A redacção inicial do artigo 41º, do Decreto-Lei nº 73/90, de 6 de Março, constituiu uma inovação no panorama legal das carreiras médicas com impacto directo na clarificação dos interesses: exigia a dedicação exclusiva aos médicos para o exercício hospitalar nos cargos de Director de Departamento ou de Director de Serviço. A razão de ser desta exigência parecia evidente. Os médicos que exerciam este cargo tinham que conjugar exclusivamente os interesses institucionais. Não era permitido, no exercício do cargo de direcção de um serviço hospitalar, o conflito de interesses entre o sector público e o sector privado representado no mesmo agente. Neste caso, o interesse público excluía o interesse privado representado por esse mesmo médico, quer como profissional liberal, quer como representante do interesse de qualquer outra entidade patronal para quem exercesse funções.

A disposição legal vigorou pouco tempo. A nova redacção deste artigo introduzida pelo Decreto-Lei nº 396/93, de 24 de Novembro, voltou a permitir aos médicos que exercem o cargo de director de departamento ou de serviço hospitalar, no sector público, o exercício simultâneo de funções no sector privado. Posteriormente nos hospitais com

estatuto empresarial foram criados órgãos de gestão intermédia. Alguns hospitais definiram que estes órgãos são obrigatoriamente dirigidos por um médico. Nestes casos, também aos titulares do cargo, é permitida a acumulação de actividades públicas e privadas e não lhes é exigida dedicação exclusiva ao serviço público¹³.

A legislação portuguesa continua a apresentar, na redacção actual das carreiras médicas¹⁴, uma enorme incoerência entre os objectivos pretendidos para estes órgãos de direcção técnica e de gestão e a opção de provimento dos seus dirigentes. Permitir aos titulares destes cargos, que são determinantes para o desempenho das instituições públicas prestadoras de cuidados de saúde, a titularidade de consultórios privados concorrentes, ou que trabalhem para empresas privadas concorrentes, por vezes grandes grupos privados, não parece a melhor forma de defender o interesse público.

6.8 Exercício de clínica privada em hospitais públicos

Em Portugal a assistência em “quartos particulares” constituiu uma forma de exercício de clínica privada em instalações hospitalares públicas. A experiência foi interrompida com as modificações operadas com a revolução de 1974. O n° 15, do artigo 32°, do Decreto-Lei n° 310/82, de 3 de Agosto, concedeu a possibilidade aos médicos em regime de tempo completo ou tempo completo prolongado, mediante protocolo a celebrar com os conselhos de gerência dos hospitais, de “utilizar o equipamento e instalações hospitalares para atendimento de doentes privados ou convencionados”. A mesma faculdade, para

¹³ A título de exemplo: o regulamento interno e o regulamento das áreas de gestão integrada dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em <http://www.huc.min-saude.pt/>, acedido em Julho de 2011.

¹⁴ Acordo Colectivo de Trabalho n° 2/2009, publicado no Diário da República, 2ª, n° 189, de 13 de Outubro de 2009 e Acordo Colectivo de Trabalho publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, n° 41, de 8 de Novembro de 2009.

atendimento de doentes privados, foi concedida aos médicos membros dos conselhos de administração dos hospitais pelo Decreto Regulamentar nº 35/88, de 17 de Outubro.¹⁵ Com a publicação das carreiras médicas constantes no Decreto-Lei nº 73/90, de 6 de Março, a possibilidade de atendimento de doentes privados em instalações do estabelecimento hospitalar público e fora do horário do serviço, poderia ser concedida aos médicos, em regime de dedicação exclusiva aos chefes de serviço, aos directores de departamento e de serviço, após autorização do Ministro da Saúde e mediante protocolo a celebrar com o órgão de administração. A mesma faculdade era concedida aos médicos no regime de dedicação exclusiva, independentemente da categoria desde que fossem membros integrantes dos centros de responsabilidade. O Despacho nº 14/90, de 19 de Julho, do Ministro da Saúde aprovou o Regulamento do Exercício da Clínica Privada nos Estabelecimentos Hospitalares Oficiais, que previa a celebração de protocolos entre os médicos interessados e as administrações dos hospitais e determinava, no seu nº 4, a aplicação, com as necessárias adaptações, aos médicos membros dos conselhos de administração dos hospitais. O nº 6 da Base XXXII, da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto estabelece que *“A lei pode prever que os médicos da carreira hospitalar sejam autorizados a assistir, nos hospitais, os seus doentes privados, em termos a regulamentar”*.

A experiência desenvolvida, pontualmente em alguns hospitais, sem uma estratégia associada e isolada face a outras medidas de regulação desencadeou, na maioria das situações problemas de conflitos de interesses e de equidade no acesso aos cuidados de saúde. A experiência mais mediática originou, em 20 de Dezembro de 2000, a exoneração

¹⁵ Alterado pelo Decreto Regulamentar nº 42/90, de 13 de Dezembro e Decreto Regulamentar nº 46/91, de 12 de Setembro, revogados pelo Decreto Regulamentar nº 18/94, de 12 de Agosto.

do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia do Porto com a consequente instauração de vários processos disciplinares.¹⁶

6.9 Aumento dos salários no sector público

Em Portugal, foram efectuadas, nos últimos anos, sistemáticas revalorizações dos índices remuneratórios dos médicos integrados nas carreiras do sector público. Estes aumentos de salários foram tomadas como acções isoladas, resultaram da pressão dos órgãos representativos da classe médica, beneficiaram igualmente os médicos com actividade privada e não demonstraram efeitos positivos no que se refere ao objectivo de valorizar o trabalho do sector público, face ao trabalho do sector privado. Desde 2002, que o SNS contrata médicos em regime de contrato individual de trabalho: Continua sem acordo entre as partes o instrumento de regulamentação colectiva de trabalho que contemplará as grelhas salariais. Como resultado desta lacuna o valor pago a cada médico é livremente acordado entre este e a entidade empregadora e tem gerado um movimento generalizado de aumento dos salários. Especial impacto tem resultado das situações de competição perversa, entre serviços públicos, nalgumas especialidades com maior falta de médicos. Outros efeitos adversos resultantes da falta de uma linha de orientação salarial são, em muitos casos, a inversão da lógica remuneratória face à estrutura de categorias das carreiras gerando fortes sentimentos de injustiça e iniquidade aos profissionais. Os médicos mais novos, com contrato individual de trabalho, pertencentes às especialidades mais carenciadas, conseguem por vezes um valor de retribuição superior aos médicos

¹⁶ Acórdão n° 47553 do Supremo Tribunal Administrativo, de 15 de Maio de 2001, Acórdão n° 47606 do Supremo Tribunal Administrativo, de 31 de Maio de 2001, Acórdão n° 352-A97 Tribunal Central Administrativo do Sul, de 18 de Dezembro de 1997 e Acórdão n° 12052/03 Tribunal Central Administrativo do Sul, de 27 de Janeiro de 2005.

mais antigos integrados no regime da função pública. Também a aquisição de serviços médicos, através de empresas de prestação de serviços, têm inflacionado as retribuições quando comparados com as antigas grelhas salariais da carreiras da função pública.

Parte empírica

Capítulo III – Aspectos metodológicos do trabalho empírico

7 Motivação, valores e interesses presentes no exercício da medicina em acumulação de funções públicas e privadas

Em Portugal não são conhecidos estudos sobre as motivações, valores e interesses dos médicos em situação de pluriemprego. Esta ausência de estudos empíricos anteriores sobre o tema constitui uma lacuna que surpreende pelo papel central que os médicos têm na estrutura assistencial e pela importância dos efeitos do pluriemprego sobre os sistemas de saúde. A constatação da inexistência de métodos de investigação já testados, quer a nível nacional quer internacional, que permitam a colheita de dados, determinou a necessidade de construir um instrumento para esse fim. A recolha de informação, a sua análise e a compreensão dos resultados irá contribuir para o aumento do conhecimento necessário à construção e implementação de uma estratégia que diminua os efeitos adversos do pluriemprego. Neste ponto é apresentada a metodologia usada na construção do método de recolha dos dados, descrita a forma e o conteúdo do questionário, a definição da amostra, o processo de recolha dos dados e a caracterização da amostra.

7.1 Escolha do instrumento de recolha de dados

O método escolhido para proceder à recolha e à avaliação dos dados foi o inquérito por questionário. Uma das características que se destaca neste método é a ausência de interação presencial entre o autor da investigação e o inquirido. Inicialmente foi ponderada a possibilidade de proceder a um conjunto de entrevistas semi-estruturadas

pois permitiriam, através da interacção, recolher dados com maior variedade e originalidade. No entanto, como o estudo estava condicionado pelo tempo de execução e pelos escassos recursos, a alternativa apresentada pelo inquérito por questionário revelava-se mais útil e eficaz. Para além desta razão apresentavam-se outras vantagens para a escolha deste método, nomeadamente a facilidade em obter as respostas, a maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise das respostas, bem como a maior facilidade de categorização das respostas e da contextualização das questões. No entanto, esperavam-se dificuldades na elaboração do questionário, em manter os médicos inquiridos concentrados no seu preenchimento e a possibilidade de obter respostas por aproximação da opinião mas não por retratarem a percepção da realidade.

7.2 Construção do questionário

O questionário tem como objectivo compreender a motivação, os valores e interesses presentes no exercício simultâneo da medicina pública e privada. A opinião que se pretende recolher é realizada a partir da percepção dos próprios médicos envolvidos nesta prática. Os destinatários do questionário foram os médicos que exerciam funções à data do lançamento do inquérito num hospital geral e universitário. Optou-se por colher apenas a opinião dos médicos em situação de pluriemprego e não a da generalidade dos médicos. Conhecendo o contexto em que o estudo iria ser desenvolvido anteviam-se igualmente dificuldades no contacto com os destinatários do inquérito e na abordagem do tema. Algumas afirmações do inquérito poderiam ser susceptíveis de desencadear nos destinatários uma reacção de sensibilidade individual que levasse à sua rejeição. Estas particularidades faziam anteceder uma taxa elevada de não respostas.

Face às dificuldades previstas foram reforçados os cuidados nas fontes utilizadas para a concepção do questionário através de uma prévia e ampla revisão bibliográfica. Igual cuidado foi tomado quanto ao conhecimento do sistema de saúde em Portugal. A formulação das afirmações foi efectuada do modo mais simples possível para que estas se apresentassem claras, curtas, relevantes, não demasiadamente intrusivas, evitando ambiguidades e duplas questões e tentando não induzir a resposta. O questionário tinha apenas três instruções objectivas. Uma regra para cada secção. Foi concebido de forma a ter uma dimensão reduzida e apresentado numa folha A3, com 4 páginas.

7.3 Estrutura do questionário

O questionário foi estruturado em três secções:

A primeira secção tem como objectivo recolher os dados necessários para efectuar a caracterização pessoal e profissional dos participantes. Foram solicitados dados acerca do género, grupo etário, especialidade, categoria profissional, ano de conclusão do internato complementar (especialidade), tipo de vínculo ao sector público, antiguidade no sector público, antiguidade na acumulação de funções, carga horária semanal no sector público e no sector privado e regime de trabalho exercido no sector privado.

A segunda secção do questionário pretende recolher dados acerca das motivações, valores, interesses e outros aspectos relacionados com o exercício de funções públicas e privadas. Foi pedido aos respondentes que indicassem o seu grau de concordância (escala de Likert com 5 níveis) relativamente a 37 afirmações. Embora tenham sido apresentadas de forma conjunta tinham um raciocínio subjacente que as agregava em cinco grupos de questões. As afirmações foram apresentadas intencionalmente de forma aleatória para manter a concentração dos respondentes. Ao nível das motivações consideraram-se

como dimensões pertinentes, a autonomia profissional, as oportunidades profissionais, o posicionamento estratégico, a motivação económica e por fim o reconhecimento, estatuto e valorização profissional. Para além dos cinco grupos correspondentes, um a cada uma das motivações, o questionário dispunha de um sexto grupo de afirmações que abordava questões relacionadas com eventuais conflitos de interesses, efeitos positivos e adversos para o sistema de saúde e outros aspectos conexos com o pluriemprego.

As afirmações contidas no questionário foram concebidas com base na revisão da literatura sobre o tema e consideraram especial atenção ao contexto do exercício profissional dos médicos no sistema de saúde português.

7.3.1 Dimensão “motivação económica”

É quase unânime a importância do factor económico para a decisão de acumular funções no sector público e privado. Neste inquérito optou-se por não colher informação directa acerca dos montantes económicos envolvidos na prática privada. As teorias económicas consideram que os médicos poderiam concentrar o seu esforço se tivessem a oportunidade de aumentar o seu rendimento no trabalho principal. Para colher a opinião acerca da importância do factor monetário e da eventual decisão de abandonar a prática privada, por introdução de incentivos monetários no sector público, foi pedido aos médicos que emitissem o seu grau de concordância ou discordância sobre a dimensão “motivação económica” procedendo à sua avaliação pelo conjunto de duas afirmações a seguir aprestadas:

- O factor monetário é para mim, uma motivação muito importante para exercer funções no sector privado (afirmação nº 18)¹⁷.

¹⁷ A numeração das afirmações corresponde à ordem de apresentação no questionário.

- Se tivesse incentivos monetários no sector público deixava a prática privada (afirmação nº 4).

7.3.2 Dimensão “autonomia no trabalho”

Sabemos que a maior parte dos médicos que exerce funções no sector privado o faz em regime de profissão liberal com ampla autonomia. A capacidade que estes detêm para organizar o trabalho, no sector privado, definindo o seu modo e volume, parece constituir uma motivação para o exercício neste sector e uma causa de realização profissional que contrasta com a prestação do trabalho em regime de subordinação no sector público. No sector privado e no âmbito do processo assistencial, parece mais facilitada a acessibilidade que os médicos têm aos meios de diagnóstico e terapêutica. A aparente incapacidade de controlar o tempo de acesso aos meios necessários para o tratamento dos doentes poderá constituir um factor de desmotivação, para o exercício profissional no sector público. No entanto, à medida que observamos o desenvolvimento do sector privado na saúde, que tem crescido em dimensão e complexidade, é cada vez mais comum encontrar médicos a trabalharem de forma subordinada neste sector. Encontramos igualmente, no nosso sistema, médicos que acumulam funções públicas com trabalho no sector privado prestado concomitantemente sob a forma autónoma e subordinada.

A dimensão autonomia no trabalho foi avaliada pelo conjunto de cinco afirmações abaixo apresentadas, relativamente às quais foi pedido aos médicos que emitissem o seu grau de concordância ou discordância. As afirmações utilizadas foram as seguintes:

- No sector privado os médicos têm melhores condições para organizar o seu trabalho (afirmação nº 1).

- No sector privado cabe-me a mim definir “quantos e quais” os doentes que trato (afirmação nº 21).
- O grau de autonomia para organizar o trabalho é maior no sector privado que no público (afirmação nº 27).
- No sector público a dificuldade em marcar, em tempo adequado, exames de diagnóstico e tratamentos constitui para mim um factor de desmotivação (afirmação nº 8).
- No sector privado tenho melhor acessibilidade para marcar exames de diagnóstico e tratamentos aos meus doentes (afirmação nº 24).

7.3.3 Dimensão “oportunidades profissionais”

Em Portugal todas as Faculdades de Medicina são públicas. Os médicos realizam a sua formação de base nestas instituições e completam a sua habilitação profissional, nos internatos médicos, no sector público. É ainda no sector público que eventualmente são proporcionadas as melhores condições de formação contínua, treino e desenvolvimento de competências, inovação tecnológica e qualidade técnica. O sector privado apresenta provavelmente melhores condições para os médicos fazerem o acompanhamento dos doentes, através dos episódios inteiros da doença, em contraste com a forma de organização do trabalho, no sector público, que proporciona com frequência o contacto fugaz com os doentes. A possibilidade de maior valorização e envolvimento na gestão, por parte destes profissionais, parece igualmente mais facilitada no sector privado.

A dimensão oportunidades profissionais foi medida pelo conjunto de cinco afirmações abaixo apresentadas, relativamente às quais foi pedido aos médicos que emitissem o seu grau de concordância ou discordância. As afirmações utilizadas foram as seguintes:

- O sector público proporciona-me melhores condições de formação e treino para o desenvolvimento de novas competências (afirmação nº 10).

- O sector público proporciona-me melhores condições no acesso à inovação tecnológica (afirmação nº 11).
- O sector público oferece serviços com melhor qualidade técnica que o sector privado (afirmação nº 33).
- No sector privado consigo acompanhar os doentes através do episódio inteiro da doença e isso para mim constitui um motivo de satisfação (afirmação nº 25).
- No sector privado sinto-me mais envolvido na gestão do que no sector público (afirmação nº 20).

7.3.4 Dimensão “posicionamento estratégico”

Os médicos que trabalham simultaneamente no sector público e privado ocupam uma posição de charneira e têm capacidade para influenciar a qualidade, a oferta e a eficiência dos sistemas de saúde. Os médicos, com o seu prestígio, representam um valor de natureza pessoal e são um factor determinante para atrair doentes ao sector privado. Isso dá-lhes um grau de controlo estratégico que não possuem no sector público. Factores como a influência profissional nos dois sectores, junto dos seus pares e a forma como são vistos pelos doentes conferem a estes profissionais uma posição privilegiada para retirar o “melhor dos dois mundos”.

A dimensão posicionamento estratégico foi medida pelo conjunto de três afirmações relativamente às quais foi pedido aos médicos que emitissem o seu grau de concordância ou discordância. As afirmações utilizadas foram as seguintes:

- Trabalhar simultaneamente no sector público e privado dá-me maior poder de influência junto dos meus pares (afirmação nº 13).

- Trabalhar simultaneamente no sector público e privado é uma vantagem competitiva pois tenho maior contacto com doentes com necessidades dos meus serviços (afirmação nº 34).
- Para os meus doentes, no sector privado, é uma mais-valia eu poder tratá-los no sector público caso seja necessário (afirmação nº 7).

7.3.5 Dimensão “estatuto e reconhecimento profissional”

Para formular as afirmações acerca da dimensão estatuto e reconhecimento profissional partimos de vários juízos prévios que colocámos à apreciação dos respondentes. Eventualmente no sector privado os doentes escolhem os médicos em função do seu prestígio profissional, facto que funciona como factor de atracção de doentes, e isso confere aos médicos, para além do aumento do rendimento, um sentido de valorização e influência. Supomos igualmente que o reconhecimento do valor profissional, pelos pares, é mais efectivo no sector privado, bem como o sentimento de correspondência às iniciativas profissionais. Eventos concretos que poderão reforçar esses sentimentos dos médicos são, por exemplo, os casos das figuras públicas que escolhem os médicos pelo prestígio destes profissionais ou os casos em que estes são preferidos por outros médicos a fim de colaborarem no tratamento dos doentes a seu cargo. Embora o sector público possa contribuir para o aumento da reputação profissional, com externalidades para o sector privado, os médicos poderão considerar que as actuais condições em que exercem o seu trabalho, no sector público, são pouco adequadas.

Medimos a dimensão estatuto e reconhecimento profissional pelo conjunto de seis afirmações abaixo apresentadas, relativamente às quais foi pedido aos médicos que

emitissem o seu grau de concordância ou discordância. As afirmações utilizadas foram as seguintes:

- No sector privado os doentes escolhem os serviços da saúde em função do prestígio dos médicos (afirmação n° 2).
- O reconhecimento do meu valor profissional, por parte dos meus colegas, é mais efectivo no sector privado (afirmação n° 22).
- Na medida em que o meu prestígio profissional é um factor de atracção de doentes para a minha actividade privada sinto-me importante e influente (afirmação n° 19).
- No sector privado sinto correspondência ao meu sentido empreendedor (afirmação n° 23).
- No sector público sinto uma pressão sobre o meu trabalho (quantidade de trabalho, indicadores de produção e controlo sobre os custos) que considero pouco adequados (afirmação n° 9).
- Trabalhar no sector público contribui para aumentar a minha reputação profissional (afirmação n° 6).

7.3.6 Efeitos negativos do pluriemprego

Os efeitos negativos da acumulação de funções no sector público e privado, pela importância que revestem para os sistemas de saúde, são o tópico mais abordado na literatura que versa o tema do pluriemprego médico. Os médicos, quando ocupam esta posição estratégica nos sistemas de saúde, têm a faculdade de, no sector público, terem um comportamento de baixo rendimento, de absentismo, de evasão de tarefas, de terem comportamentos favoráveis à formação de listas de espera, de escolher doentes em função da sua gravidade, de desviar doentes para o sector privado e de usarem indevidamente os recursos públicos. As afirmações formuladas sobre este tema são provavelmente aquelas que poderão desencadear maior sensibilidade aos inquiridos. Já

antes foi referido que todas estas afirmações são apenas formulações para as quais se solicita uma opinião, requerem evidência de provas, e os médicos têm muitas razões, inclusive as regras de auto-regulação profissional, para não terem um comportamento gerador de perversidades.

Os aspectos considerados negativos para os sistemas de saúde pela acumulação de funções públicas e privadas foram medidos pelo conjunto de quatro afirmações, relativamente às quais foi pedido aos médicos que emitissem o seu grau de concordância ou discordância. As afirmações utilizadas foram as seguintes:

- Os médicos com acumulação de funções de funções privadas tendem a aceitar menos tarefas no sector público (afirmação nº 5).
- A acumulação de funções no sector público e privado propicia comportamentos, no sector público, favoráveis à formação de listas de espera (afirmação nº 35).
- A acumulação de funções no sector público e privado propicia a utilização do sector público para efectuar exames ou tratamentos de doentes oriundos do sector privado (36).
- Trabalhar simultaneamente no sector público e privado propicia o desvio de doentes do sector público para o privado (afirmação nº 28).

7.3.7 Efeitos positivos do pluriemprego

O pluriemprego médico poderá proporcionar um eventual aumento de oferta de cuidados de saúde. Se este aumento for provado constituirá, para o sistema de saúde, uma vantagem na acessibilidade, associado à possibilidade do aumento da escolha e da satisfação por parte dos doentes desde que detenham a capacidade para adquirir serviços no sector privado. Os efeitos considerados positivos para os sistemas de saúde pela acumulação de funções públicas e privadas foram, a título exemplificativo, medidos por

duas afirmações relativamente às quais foi pedido aos médicos que emitissem o seu grau de concordância ou discordância. As afirmações utilizadas foram as seguintes:

- Na medida em que aumenta a possibilidade de escolha é benéfico para os doentes que os médicos trabalhem no sector público e privado (afirmação nº 16).
- Na medida em que aumenta a oferta de cuidados é benéfico para o sistema de saúde a faculdade dada aos médicos de trabalharem no sector público e privado (afirmação nº 17).

7.3.8 Outros aspectos relacionados com o pluriemprego

Os outros aspectos relacionados com a articulação do sector público com o sector privado, nomeadamente a gestão do *interface*, as zonas de fronteira e de eventuais conflitos foram medidos por um conjunto de dez afirmações, relativamente às quais foi pedido aos médicos que emitissem o seu grau de concordância ou discordância. As afirmações utilizadas foram as seguintes:

- A maior parte dos médicos tem uma conduta profissional íntegra e honesta no que se refere à articulação dos interesses ente o sector público e privado (afirmação nº 30).
- Deveria existir um código de conduta, específico, para regular a conduta dos profissionais que trabalham simultaneamente nos dois sectores (afirmação nº 37).
- Trabalhar simultaneamente no sector público e privado é um direito que considero inalienável (afirmação nº 31).
- Na relação entre os meus trabalhos valorizo mais o sector público do que o privado (afirmação nº 3).
- Não deixo o sector público para não perder as referências com os meus colegas (afirmação nº 12).
- Admito a possibilidade de renunciar ao sector público (afirmação nº 14).

- O sector privado é dependente do sector público porque utiliza profissionais treinados neste sector e concentra-se em áreas de actuação mais rentáveis (afirmação nº 15).
- Sinto-me confortável com o regime de acumulação de funções pois a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, em função da capacidade de pagar, é algo inevitável (afirmação nº 26).
- O desenvolvimento do sector privado corresponde às falhas do sector público (afirmação nº 29).
- Os doentes que transitam do sector público para o sector privado correspondem aos casos clínicos menos complexos (afirmação nº 32).

Os profissionais de saúde que têm um comportamento susceptível de gerar perversidades para o sistema de saúde são uma excepção. No entanto, os mecanismos de regulação tentam prevenir e punir, conforme o tempo de actuação, os efeitos perversos deste fenómeno. Neste sentido foi pedido aos médicos, em situação de pluriemprego, que se pronunciassem acerca da integridade e honestidade da conduta dos seus pares e sobre a necessidade desta relação ter um código de conduta específico. Em Inglaterra foi criado em 2003n o “*Code of Conduct for Private Practice – Guidance for NHS Medical Staff*”¹⁸. Para avaliar a valorização da relação entre os dois sectores foi pedida a opinião acerca da possibilidade dos médicos renunciarem ao sector público, sobre a importância que atribuem à relação com os outros médicos deste sector e a valorização relativa atribuída ao trabalho desenvolvido no sector público e no sector privado. Foi igualmente pedida a opinião sobre aspectos como a visão que dispunham do sector privado quanto à dependência face ao sector público (utilização de profissionais e concentração em áreas mais rentáveis), sobre o facto do sector privado se desenvolver aproveitando as falhas do sector público, a eventualidade dos doentes que transitam do sector público para o

¹⁸ Este código de conduta estabelece uma orientação individual para os médicos seguirem na relação entre o serviço público e a prática privada, com especial atenção para o exercício de funções privadas em estabelecimentos públicos de saúde.

privado serem os de menor severidade. Foi ainda pedida a opinião acerca do conforto, sentido pelos médicos face à desigualdade no acesso ao sector privado, permitido apenas aqueles que têm capacidade de pagar e sobre aquilo que é afirmado como o “direito inalienável” de exercer medicina em regime de acumulação de funções.

7.4 Ordenação das motivações por nível de importância

A terceira parte do questionário continha um grupo de 5 afirmações correspondentes às dimensões antes formuladas. Foi solicitado aos respondentes que ordenassem por nível da importância que lhes atribuíam as cinco dimensões, acima descritas e pedido que indicassem outros motivos para além dos enunciados, da seguinte forma:

Ordene, por favor, de 1-5 as afirmações abaixo apresentadas de acordo com a importância relativa que lhe atribui.

Coloque “1” junto da questão que considera ser a **mais importante**. Coloque “2” junto da questão que considera ser a **segunda mais importante**, e assim por diante, até “5” para a questão que considera ser a **menos importante**.

Na ordenação das afirmações, não use mais do que uma vez o mesmo número.

Os motivos pelos quais acumulo funções privadas, para além das funções públicas, são:

	Ordene (p.f)
Porque obtenho maior rendimento económico	()
Porque tenho uma posição de influência estratégica	()
Porque tenho maior autonomia no trabalho	()
Porque obtenho maior reconhecimento, estatuto e valorização profissional	()
Porque tenho maior possibilidade de desenvolvimento das competências profissionais	()

7.5 População, selecção da amostra e processo de recolha dos dados

Ao abordar os aspectos metodológicos para a construção do questionário enumerámos algumas dificuldades previstas na realização de um estudo desta natureza. Entendeu-se,

nesta fase, que a possibilidade de obter sucesso era maior se o estudo fosse realizado numa instituição hospitalar com fácil contacto com o Conselho de Administração (CA) e com os directores dos serviços assistenciais. Os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) apresentavam-se como uma instituição que detinha as características pretendidas incluindo uma dimensão ajustada aos objectivos do estudo e que permitia a recolha de dados de forma a constituir uma amostra representativa.

Os HUC apresentam-se como uma “...referência do Serviço Nacional de Saúde, com funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré-graduada, pós graduada e contínua, e na investigação científica, sustentada no mais actualizado conhecimento científico e técnico dos seus profissionais e desenvolvimento de metodologias terapêuticas e tecnológicas próprias...”¹⁹.

Em 31 de Dezembro de 2010 os HUC tinham ao seu serviço 4561 colaboradores²⁰. Destes 880 eram médicos. Entre eles 280 frequentavam um dos períodos formativos do internato. Na data de início da distribuição do questionário os HUC dispunham de 622 médicos especialistas. A vinculação dos médicos especialistas, por relação jurídica de emprego, era constituída por 536 contratos de trabalho em funções públicas e 86 médicos em contrato individual de trabalho (86% e 14%, respectivamente). Na Tabela 2 podemos verificar que apenas 33% dos médicos especialistas do hospital estavam obrigados ao regime de dedicação exclusiva e impedidos legalmente de acumular funções privadas.

¹⁹ <http://www.huc.min-saude.pt/>. Extracto da missão dos HUC, disponibilizado no seu sítio de internet, em 31 de Julho de 2011.

²⁰ <http://www.huc.min-saude.pt/>. Dados do Balanço Social dos HUC de 2010, disponibilizados no seu sítio de internet, em 31 de Julho de 2011.

Tabela 2. Médicos dos HUC, por relação jurídica de emprego e género, em 31 de Dezembro de 2010.

	Masculino	Feminino
Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	305	227
Contrato de trabalho com termo resolutivo incerto	116	164
Comissão de serviço		1
Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado	23	42
Contrato de trabalho com termo resolutivo certo		2

Fonte: Balanço Social dos HUC de 2010. (www.huc.min-saude.pt acedido em Julho de 2011).

A primeira versão do questionário foi construída nos meses de Fevereiro e Março de 2011. Um pré-teste do questionário foi efectuado com a colaboração de cinco médicos no período de 21 a 25 de Março com o objectivo de verificar a sua adequabilidade, clareza e consistência. Valorizando os comentários obtidos neste pré-teste o questionário foi concluído em 31 de Março. Neste dia foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra para a distribuição do questionário. Obtido o parecer favorável da comissão de ética em 12 de Abril a autorização foi concedida pelo CA dos HUC em 20 de Abril de 2011 (Anexo II). A distribuição do questionário foi efectuada presencialmente entre os dias 1 e 31 de Maio de 2011. A recolha dos questionários foi realizada, nos serviços, em dois momentos: uma semana e duas semanas depois de ter sido distribuído.

Tendo presente que o objectivo do questionário era obter a opinião dos médicos especialistas com pluriemprego foram excluídos do estudo todos os médicos em período formativo (médicos internos do ano comum ou no período de formação específica), bem como todos os médicos em regime de dedicação exclusiva.

Antes de se efectuar a distribuição do questionário foi realizada uma reunião com o director de cada um dos serviços participantes. Na reunião foram explicados os objectivos do estudo e obtida a anuência²¹ para proceder à distribuição do questionário. O director do serviço confirmou, por conhecimento próprio, o nome dos médicos que exerciam funções no serviço e acumulavam funções no sector privado. Esta tarefa desenvolvida com apoio de um ficheiro disponibilizado pela instituição, que continha o nome, categoria e serviço, dos médicos do hospital. Os HUC, à semelhança de outros hospitais públicos, não dispõem de informação acerca dos médicos, vinculados à instituição e que trabalham simultaneamente no sector privado.

A distribuição do questionário foi efectuada com o apoio do secretariado da direcção de cada serviço. Cada participante recebeu pessoalmente uma carta de apresentação a explicar o objectivo do estudo e a garantir a confidencialidade e o anonimato das respostas (Anexo III), o questionário (Anexo IV) e um envelope RSF direccionado ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) de utilização facultativa. Foi dada a indicação aos participantes que deveriam entregar o questionário devidamente preenchido, em envelope fechado, preferencialmente no secretariado do seu serviço.

Na Tabela 3 são apresentados os dados referentes aos médicos especialistas dos HUC, por relação jurídica de emprego, regime de trabalho, horário de trabalho, área de gestão integrada e serviço, à data do início do processo de distribuição dos questionários.

²¹ É relevante referir que todos os directores dos serviços contactados deram a anuência necessária ao desenvolvimento do estudo no seu serviço.

Tabela 3. Médicos especialistas dos HUC, por relação jurídica de emprego, regime de trabalho, horário de trabalho, área de gestão integrada e serviço em 1 de Maio de 2011.

Área de Gestão Integrada	Serviço	Regime de Trabalho			Total	Médicos c/ Actividade Privada	% Médicos com privada	Sem reposta	Nº de respostas	Taxa de resposta
		CTFP - D.Exc. 42H/Sem.	CTFP - Tempo completo - 35H e outros /Sem.	CIT -40H/Sem.						
Saúde Materno-Fetal	Ginecologia	3	13	2	18	14	78%	2	12	86%
	Obstetrícia	12	7	9	28	14	50%	1	13	93%
	Reprodução Humana	0	2	1	3	3	100%	0	3	100%
	Neonatologia/Pediatria	5	3	2	10	4	40%	1	3	75%
Cirúrgica I	Urologia	4	6	3	13	6	46%	2	4	67%
	Cirurgia Plastica	0	8	2	10	10	100%	6	4	40%
Cirúrgica II	Dermatologia	1	11	0	12	10	83%	10	0	0%
	Estomatologia	8	8	0	16	8	50%	3	5	63%
	Ortopedia	5	24	4	33	25	76%	13	12	48%
	ORL	1	9	4	14	9	64%	6	3	33%
Anestesiologia	Anestesiologia	29	21	5	55	15	27%	6	9	60%
Médica II	Endocrinologia	3	11	1	15	10	67%	3	7	70%
	Gastroenterologia	4	12	2	18	14	78%	9	5	36%
	Imunoalergologia	0	8	0	8	8	100%	7	1	13%
	Medicina Interna	11	12	6	29	10	34%	3	7	70%
	Pneumologia	10	8	3	21	8	38%	6	2	25%
Médica II	Cardiologia	3	18	3	24	18	75%	14	4	22%
	Nefrologia	1	12	0	13	10	77%	4	6	60%
	Psiquiatria	0	16	7	23	14	61%	8	6	43%
MCDTs	MFR	2	7	0	9	7	78%	2	5	71%
	Radiologia/Neurorradio	0	30	0	30	30	100%	27	3	10%
CRI - Oftalmologia	Oftalmologia	0	31	0	31	31	100%	30	1	3%
Total		102	277	54	433	278	64,2%	163	115	41,4%

A amostra do estudo foi constituída por conveniência. Foram escolhidos um conjunto de vinte especialidades que se inserem em áreas de conhecido *deficit* de resposta do sector público. Os participantes escolhidos para integrarem o estudo foram os médicos especialistas em exercício efectivo de funções em vinte e dois serviços dos HUC, com acumulação de actividade pública e privada. Os serviços são os abaixo enunciados:

Serviços de especialidades cirúrgicas ou conexas (11): anestesiologia, cirurgia plástica, dermatologia, estomatologia, ginecologia e obstetrícia (serviços de ginecologia, obstetrícia e reprodução humana), oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia e transplantação renal

Serviços de especialidades médicas (9): cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, imunoalergologia, medicina interna, nefrologia, pediatria, pneumologia e psiquiatria.

Serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (2): imagiologia (especialidades de radiologia e neurorradiologia) e medicina física e reabilitação.

Tabela 4. Amostra do estudo e respostas obtidas.

Área de Gestão Integrada	Serviço	Regime de Trabalho			Total	Médicos c/ Actividade Privada	% Médicos com privada	Sem reposta	Nº de respostas	Taxa de resposta
		CTFP - D.Exc. 42H/Sem.	CTFP - Tempo completo - 35H e outros /Sem.	CIT - 40H/Sem.						
Saúde Materno-Fetal	Ginecologia	3	13	2	18	14	78%	2	12	86%
	Obstetrícia	12	7	9	28	14	50%	1	13	93%
	Reprodução Humana	0	2	1	3	3	100%	0	3	100%
	Neonatologia/Pediatria	5	3	2	10	4	40%	1	3	75%
Cirúrgica I	Urologia	4	6	3	13	6	46%	2	4	67%
	Cirurgia Plástica	0	8	2	10	10	100%	6	4	40%
Cirúrgica II	Dermatologia	1	11	0	12	10	83%	10	0	0%
	Estomatologia	8	8	0	16	8	50%	3	5	63%
	Ortopedia	5	24	4	33	25	76%	13	12	48%
	ORL	1	9	4	14	9	64%	6	3	33%
Anestesiologia	Anestesiologia	29	21	5	55	15	27%	6	9	60%
Médica II	Endocrinologia	3	11	1	15	10	67%	3	7	70%
	Gastroenterologia	4	12	2	18	14	78%	9	5	36%
	Imunologia	0	8	0	8	8	100%	7	1	13%
	Medicina Interna	11	12	6	29	10	34%	3	7	70%
	Pneumologia	10	8	3	21	8	38%	6	2	25%
Médica II	Cardiologia	3	18	3	24	18	75%	14	4	22%
	Nefrologia	1	12	0	13	10	77%	4	6	60%
	Psiquiatria	0	16	7	23	14	61%	8	6	43%
MCDTs	MFR	2	7	0	9	7	78%	2	5	71%
	Radiologia/Neurorradic	0	30	0	30	30	100%	27	3	10%
CRI - Oftalmologia	Oftalmologia	0	31	0	31	31	100%	30	1	3%
Total		102	277	54	433	278	64,2%	163	115	41,4%

Podemos observar, na Tabela 4, que nas 20 especialidades escolhidas, 22 dos 40 serviços do hospital com funções assistenciais, exercem actividade médica 433 especialistas (cerca de 70% dos médicos do hospital). Dos 433 médicos especialistas, 278 encontram-se ao serviço efectivo e acumulam funções públicas e privadas (cerca de 64,2%), 102 médicos estão vinculados ao regime de dedicação exclusiva (23,6%) e os restantes 53 (cerca de 12,2%) têm situações diversas. As situações mais frequentes para estes 53 médicos, que não foram incluídos no estudo, são a acumulação de funções no sector público (docentes com vínculo à Faculdade de Medicina e com funções assistenciais no hospital) ou a

ausência do serviço, por razões de carácter temporário (doenças, licenças de maternidade ou licenças sem vencimento).

Uma parte dos serviços do hospital não foi incluída no estudo. A limitação dos recursos envolvidos no trabalho, a dimensão muito reduzida de algumas equipas desses serviços, o processo de reestruturação organizacional que alguns serviços estavam a sofrer ou a existência de uma equipa com total dedicação exclusiva, foram as razões para não envolver esses serviços.

Em resumo: a amostra do estudo foi constituída por 278 médicos especialistas, em regime de acumulação de funções nos sectores público e privado, de 20 especialidades médicas e 22 serviços do hospital. Esta amostra, embora com as limitações assumidas, foi considerada adequada para um trabalho que se assume como exploratório.

Os dados recolhidos foram tratados e analisados com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS ver. 19.0)

8. Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas

Partindo do conhecimento recolhido na literatura internacional e do sistema de saúde em Portugal foi elaborada uma lista, com a identificação dos potenciais conflitos de interesses presentes no exercício da medicina, resultantes do regime de acumulação de funções públicas e privadas. Nesta parte do estudo pretende-se elaborar um conjunto de medidas de regulação e testar a sua necessidade, exequibilidade e eficácia. O objectivo último é a formulação de uma proposta de política visando a minimização dos eventuais efeitos

adversos, para o sistema de saúde nacional, decorrentes dos conflitos de interesses no exercício simultâneo da medicina pública e privada.

Não foi encontrado na pesquisa bibliográfica um questionário, ou outro meio de recolha da informação, sobre conflitos de interesses e medidas de regulação susceptível de ser utilizado para este estudo. Esta aparente lacuna determinou a necessidade de construir um documento com a expressão das medidas de regulação entendidas como relevantes. O documento foi elaborado sob a forma de questionário onde se formulou um conjunto de afirmações para serem submetidas à opinião de um painel de peritos. A alternativa, provavelmente mais adequada, seria o desenvolvimento de um método ou técnica que permitisse a obtenção de um resultado baseado numa forma estruturada de consenso. No entanto, a escassez de recursos não permitiu o seu desenvolvimento.

De seguida é apresentada a metodologia usada na construção do questionário, descrita a forma e o seu conteúdo e o processo de recolha dos dados.

8.1 Construção do questionário

Quando se partiu para a construção do questionário pretendia-se a concepção de um instrumento de recolha de dados de pequena dimensão, centrado em questões práticas e relevantes, a fim de obter uma taxa de resposta aceitável. Também este questionário foi assumido como um trabalho exploratório dado que não era conhecida a prévia realização de estudos desta natureza.

O questionário foi concebido e testado entre o dia 1 de Março e 15 de Maio. A distribuição foi efectuada, por via postal, entre os dias 18 e 20 de Maio. A recolha dos dados decorreu até 15 de Junho.

Foram escolhidas, de entre uma lista inicial de 27 propostas, 14 medidas de regulação que poderiam ser adoptadas no sistema de saúde português, de forma alternativa ou conjugada. As medidas propostas tinham um ponto comum: impedir ou minimizar os conflitos de interesses e os eventuais efeitos perversos presentes no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas. As propostas continham medidas de aumento informação aos doentes, de transparência dos interesses dos profissionais, de proibição e punição de algumas condutas pelos profissionais, de fiscalização e ainda a introdução de incentivos ao desempenho profissional e ao regime de dedicação exclusiva. As medidas propostas foram submetidas à apreciação de um painel de 28 peritos representativos do sistema de saúde português.

Cada participante recebeu por via postal uma carta de apresentação a explicar o objectivo do estudo e a garantir a confidencialidade e o anonimato das respostas (Anexo V), o questionário (uma folha de formato A3) (Anexo VI) e um envelope RSF direccionado ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

8.2 Estrutura do questionário.

O questionário foi constituído com duas partes distintas.

Na primeira parte foram formuladas 14 afirmações correspondendo a medidas individualizadas de regulação. Para cada uma destas medidas foi solicitada a opinião, através do grau de concordância (escala de Likert com 5 níveis) relativamente à sua necessidade, exequibilidade e eficácia no sistema de saúde português. As medidas apresentadas foram as seguintes:

I. Os médicos que trabalham no sector público e privado devem manter um registo actualizado, que permita a consulta pública, dos seus interesses privados que resultem do exercício da medicina ou da participação em empresas de saúde.

Em Portugal não se exige aos médicos que trabalham no sector público um registo dos interesses que detêm no sector privado. Esta situação não é exclusiva do sector da saúde. Noutros sectores de actividade encontramos igualmente suspeitas de conflitos de interesses e falta de transparência na relação entre o sector público e o sector privado. Se os registos de interesses fossem de consulta pública, a transparência resultante desse processo poderia contribuir para a redução de algumas perversidades presentes no pluriemprego, para afastar suspeitas de oportunismo dos profissionais de saúde e para o aumento da confiança dos cidadãos na Administração Pública. As suspeitas de desvio de doentes para o sector privado e a escolha de doentes para tratar em função da gravidade e capacidade de recuperação são exemplos de efeitos do pluriemprego que poderiam ser minimizados pelo aumento deste mecanismo de transparência. Esta medida não parece violar qualquer direito de personalidade ou de propriedade parecendo adequada para os cidadãos que trabalhem para o sector público e detenham interesses privados de natureza patrimonial na mesma área.

O Código Deontológico apenas obriga os médicos à declaração de interesses no caso específico da relação com a indústria e dispositivos médicos²² nos seguintes termos: “*Nas apresentações científicas, na actividade docente e na comunicação de resultados de investigação deve o médico revelar os seus interesses e outras relações com a indústria farmacêutica e outros fornecedores de dispositivos médicos.*”

²² Artigo 53º, nº 3 do Código Deontológico, disponível no sítio de internet da Ordem dos Médicos, (<http://www.ordemdosmedicos.pt>) acedido em 31 de Julho de 2011.

2. No sector público a informação sobre tempos de espera para a realização de meios de diagnóstico e de tratamento deve ser prestada por entidade independente não podendo ser prestada por médicos que acumulam funções no sector privado.

O tempo de espera prolongado, no sector público, para a realização de exames ou tratamentos, incluindo as intervenções cirúrgicas são um dos motivos pelos quais os doentes procuram o sector privado. Os profissionais que prestam estes serviços no sector privado, são frequentemente os mesmos que trabalham no sector público e na mesma área onde se verificam estas dificuldades de acesso. Acresce que por vezes as próprias instituições não conhecem os tempos de espera, por acto de diagnóstico ou tratamento e conseqüentemente não garantem que os profissionais possam fornecer uma informação fidedigna aos doentes²³. Tratando-se de um direito dos doentes esta informação deveria ser prestada por pessoas que não estivessem envolvidas no eventual interesse, ou suspeita, de induzir a procura no sector privado. Esta medida insere-se, em conjunto com a precedente, na necessidade de aumentar a informação aos doentes e a transparência dos interesses dos profissionais.

3. No sector público o director do serviço ou do departamento tem obrigatoriamente dedicação exclusiva ao sector público.

Nos termos da legislação em vigor o director de serviço ou departamento pode ter múltiplos empregos e interesses tanto no sector público como no sector privado. Um director de serviço, em situação de pluriemprego, dificilmente consegue a necessária

²³ O Despacho do Secretário de Estado da Saúde nº 10430, de 1 de Agosto de 2011, publicado no DR, nº 158, 2ª, de 18 de Agosto de 2011, estabelece, nesta linha de orientação, um preceito inovador para os hospitais públicos “Os hospitais que integram o SNS devem publicitar e manter actualizados, com a periodicidade trimestral, nos respectivos sítios da Internet a informação relativa aos MCDT realizados e respectivos tempos de espera”.

disponibilidade, concentração e fidelidade de interesses ao serviço público. Esta medida ao propor a dedicação exclusiva para os directores de serviço, de forma obrigatória, pretende clarificar e afastar uma aparente contradição do nosso sistema legal. A especial relação de confiança necessária para o cargo de director de serviço, no sector público, obriga ao dever de lealdade e não concorrência e com esta proposta passaria a não permitir a titularidade directa ou representada de interesses privados na mesma área de prestação de cuidados de saúde.

4. No sector privado os médicos não podem receber e tratar doentes referenciados pela instituição pública a que esses profissionais se encontram vinculados.

Esta medida visa impedir a prática relatada na literatura sobre o pluriemprego médico e afastar a suspeita de os médicos receberem doentes, no sector privado, de forma interessada, oriundos do sector público. Face aos constrangimentos no acesso aos serviços públicos, nomeadamente os longos tempos de espera para uma primeira consulta de especialidade, para efectuar alguns meios específicos de diagnóstico ou certos tratamentos alguns doentes dirigem-se ao sector privado para conseguir obter essas prestações. Igualmente os serviços públicos enviam ao sector privado, muitas vezes aos mesmos prestadores, doentes para a realização de MCDT ou para a realização de intervenções cirúrgicas. Exemplos paradigmáticos são o Sistema de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) que envia ao sector privado os doentes que ultrapassaram os tempos máximos de espera para cirurgia. Outro exemplo é constituído pelos serviços públicos que adquirem, no sector privado, serviços de diagnóstico ou de terapêutica sem ter esgotado

a capacidade instalada para os produzirem²⁴. Neste âmbito insere-se o fenómeno descrito na literatura como “desvio de doentes” quando o prestador contribui activa ou indirectamente para a saída dos doentes do sector público para o privado. A medida visa impedir que os médicos recebam e tratem doentes referenciados pela instituição pública a que esses profissionais se encontram vinculados.

5. Os médicos não podem referenciar para instituição pública, a que se encontram vinculados, doentes com origem na sua actividade privada (com excepção das situações de urgência).

Por vezes o posicionamento estratégico dos médicos resultante da acumulação de funções públicas e privadas permite enviar os doentes do sector privado de forma a permitir o acesso privilegiado, no sector público, a consultas hospitalares, a actos de diagnóstico e a tratamentos, em áreas de grande constrangimento. Esta prática é descrita como relativamente comum. Também são descritas as situações em que os médicos enviam para as instituições públicas prestadoras de cuidados, por vezes para aquelas a que se encontram vinculado e inclusive para si próprios, doentes com origem na sua actividade privada que não podem suportar financeiramente os custos de actos de diagnóstico ou de terapêutica, porque a situação clínica se apresenta demasiado complexa ou porque o sector não dispõe da oferta das prestações que o doente necessita. Esta medida e a precedente visam impedir o fluxo incorrecto de doentes entre os dois sectores por indicação ou intervenção médica.

²⁴ O Despacho do Secretário de Estado da Saúde n° 10430 de 1 de Agosto de 2011, publicado no DR, n° 158, 2ª, de 18 de Agosto de 2011, dá indicação para que os hospitais públicos esgotem a sua capacidade instalada antes de recorrerem ao sector privado: “Os hospitais que integram o SNS devem promover a devida articulação com unidades de cuidados de saúde primários de forma a possibilitar a realização de MCDT aos utentes do SNS, com aproveitamento da sua capacidade instalada”.

6. No sector público os médicos não podem fazer promoção directa ou indirecta dos seus serviços privados, nem fazer publicidade aos seus serviços privados referindo os cargos ou categorias profissionais do sector público.

Por vezes os serviços públicos têm dificuldades em proporcionar aos doentes o acesso tempestivo a alguns actos de diagnóstico e terapêutica. Estes serviços deveriam ser proporcionados ou adquiridos pelos próprios serviços com respeito pelos princípios da transparência, igualdade e concorrência²⁵. No entanto, o ónus de marcar os actos assistenciais, no sector privado, é com frequência dos próprios doentes bem como, em muitos casos, a responsabilidade pelos encargos financeiros. Como os doentes por regra, não têm conhecimento da oferta de cuidados, poderão ser induzidos, com facilidade, a escolherem os prestadores que lhes são indicados. Esta medida visa impedir a indução perversa bem como limitar, nos serviços públicos, a divulgação dos serviços privados desses prestadores. É também comum, na publicidade de consultórios médicos privados, a indicação da categoria ou cargo do médico exercido no sector público. Neste aspecto o Código Deontológico estabelece regras limitando algumas formas de publicidade e a forma de divulgação dos serviços médicos.

7. Os colaboradores contratados pelos médicos para desenvolverem actividade privada não podem ter vínculo contratual à instituição pública a que os médicos se encontram vinculados.

Não deveria ser possível encontrar organizações privadas de saúde replicadas do sector público. O médico com actividade privada não deveria recrutar os seus colaboradores na instituição hospitalar onde se encontra vinculado. Quando um grupo de pessoas de um

²⁵ O Despacho do Secretário de Estado da Saúde nº 10430 de 1 de Agosto de 2011, publicado no DR, nº 158, 2ª, de 18 de Agosto de 2011) dá indicação para que os hospitais públicos esgotem a sua capacidade instalada antes de recorrerem ao sector privado: “Os hospitais que integram o SNS devem assegurar a realização dos MCDT necessários aos seus doentes como regra, através da sua capacidade instalada ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência pelo recurso à subcontratação de entidades externas...” e “ Os hospitais E.P.E. assumem a responsabilidade financeira pelos encargos com a aquisição de MCDT que subcontratam junto de entidades externas”.

serviço hospitalar trabalha em conjunto no sector público e privado estão criadas as condições, de forma reforçada, para a violação do dever de lealdade previsto no Código do Trabalho que estabelece que o trabalhador deve *“guardar lealdade ao empregador, nomeadamente não negociando por conta própria ou alheia em concorrência com ele, nem divulgando informações referentes à sua organização, métodos de produção ou negócio”*.

8. No sector público só podem aceder à categoria mais elevada da carreira os médicos com dedicação exclusiva.

Esta limitação está presente em alguns países europeus, nomeadamente na Itália, e nunca foi ensaiada em Portugal. Trata-se de uma medida que visa reforçar, através de um incentivo de carreira profissional, o regime de dedicação exclusiva ao serviço público e criar incentivos para a fidelização dos profissionais neste sector. O recrutamento e selecção do titular do cargo de director de serviço realiza-se, por norma, de entre os profissionais com a categoria mais elevada sendo coerente que essa escolha se efective de entre os quadros qualificados que têm dedicação em exclusiva ao sector público.

9. O Ministério da Saúde deve criar a possibilidade e regulamentar o exercício da clínica privada em instalações públicas por médicos do Serviço Nacional de Saúde.

Esta política tem sido seguida em França, desde há muito tempo, em hospitais universitários e em algumas especialidades em hospitais de todo o país. A Irlanda, a Alemanha e a Áustria também têm seguido uma política similar. Estes países permitem aos médicos o exercício de actividades privadas dentro das instituições públicas fora do horário de trabalho. A medida permite aos organismos públicos terem uma regulação, uma supervisão e um acompanhamento muito próximo dos médicos que acumulam

actividades, permite aumentar os rendimentos dos serviços e serve como incentivo para melhor utilizar os recursos disponíveis.

Em Portugal esta medida prevista no Decreto Regulamentar n.º 35/88, de 17 de Outubro²⁶ e no n.º6 da Base XXXII, da Lei de Bases da Saúde foi ensaiada em algumas instituições e não foi muito bem sucedida. A medida pode envolver o risco de um vasto conjunto de problemas se não forem acautelados previamente com regulamentação específica, um rigoroso processo de transparência e o acompanhamento dos processos contratuais. Entre outros, podem surgir problemas resultantes da concorrência desleal com a actividade privada, da existência de prestações públicas e privadas na mesma estrutura organizacional e no mesmo espaço físico e do facto de os hospitais terem os mesmos recursos envolvidos no tratamento dos doentes, da prioridade no acesso aos meios de diagnóstico e de tratamento, da eventual discriminação de doentes, dos conflitos de interesses e do desvio de recursos públicos.

10. O governo deve introduzir restrições relativamente às quantidades máximas de serviços e de rendimentos que podem ser realizados no sector privado em acumulação de funções.

Em França e no Reino Unido foram criadas medidas de restrição sobre a actividade privada. As medidas poderão ser sobre o rendimento ou sobre a actividade. São discutidos os efeitos que medidas desta natureza poderão ter sobre a oferta global dos sistemas de saúde ou sobre a promoção da qualidade dos cuidados no sector público.

²⁶ Alterado pelo Decreto Regulamentar n.º 42/90, de 13 de Dezembro.

11. O governo deve estabelecer efectivos mecanismos de fiscalização para dissuadir eventuais práticas menos correctas resultantes do exercício concomitante no sector público e privado.

As práticas menos correctas passam frequentemente impunes no sistema de saúde português e geram comportamentos oportunistas. Portugal não dispõe de regras claras de separação do sector público e privado nem na área da saúde nem noutras áreas de actividade. A situação é especialmente relevante no campo da saúde. Definidas as regras de separação, a fiscalização serviria os interesses de punição mas sobretudo de prevenção geral de eventuais práticas ilegais ou incorrectas. Seria igualmente interessante na contribuição para o reforço de condutas positivas do ponto de vista ético e para os mecanismos de auto-regulação.

12. Deve existir um código de conduta, específico, para regular a conduta dos profissionais que trabalham simultaneamente nos sectores público e privado.

Esta medida visa criar um conjunto de regras para regular a conduta dos profissionais em áreas que são bem conhecidas como potencialmente geradoras de conflitos de interesses. O exemplo do *“Code of Conduct for Private Practice – Guidance for NHS Medical Staff”* poderia guiar a elaboração de um conjunto de princípios e regras de conduta profissional para os profissionais em regime de pluriemprego.

13. As medidas enunciadas em 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8, integram o código de conduta dos médicos que trabalham simultaneamente nos sectores público e privado, constituem-se como obrigações laborais e fazem parte do contrato de trabalho celebrado entre estes e o Serviço Nacional de Saúde.

Esta medida visa reforçar a operacionalidade e eficiências das medidas antes citadas. Na ausência de amplos e efectivos mecanismos de auto-regulação, de normas eficazes para promover a informação aos doentes, de transparência de interesses dos profissionais, do estabelecimento de normas de proibição de condutas incorrectas e de fiscalização, esta medida propõe transferir para o contrato de trabalho o conjunto de deveres necessários à minimização dos efeitos adversos do pluriemprego. A infracção de qualquer destes deveres teria a protecção da norma laboral de natureza disciplinar.

14. No sector público deve ser fomentada a contratação de médicos com incentivos ao desempenho porque contribui para o aumento da produtividade e para a diminuição dos efeitos perversos resultantes da acumulação de funções públicas e privadas.

Os contratos de trabalho dos médicos no sector público estão, por norma, dissociados do desempenho. Continua a não existir um sistema de avaliação do desempenho para os médicos no sector público. A organização do trabalho e as regras das carreiras médicas dificultam a introdução de mecanismos de incentivos monetários ou não monetários, individuais ou por equipa. No entanto, os processos de contratualização interna, com mecanismos de avaliação do desempenho e de responsabilização dos profissionais poderão beneficiar da experiência das Unidades de Saúde Familiar.

Na segunda parte do questionário foi pedido, aos peritos, que ordenassem sete medidas, de acordo com a importância relativa que lhes atribuíam, que deveriam ser adoptadas, em Portugal, com vista a “minorar os eventuais efeitos negativos da acumulação de funções

públicas e privadas”. Para além da ordenação foi acrescentada a possibilidade de aditarem outras medidas, no mesmo sentido, para além das indicadas.

A formulação das medidas a adoptar foi apresentada da seguinte forma:

Ordene, por favor, de 1-7 as afirmações abaixo apresentadas de acordo com a importância relativa que lhe atribui.

Coloque “1” junto da questão que considera ser a **mais importante**. Coloque “2” junto da questão que considera ser a **segunda mais importante**, e assim por diante, até “7” para a questão que considera ser a **menos importante**.

Na ordenação das afirmações, não use mais do que uma vez o mesmo número.

Para minorar os eventuais efeitos negativos da acumulação de funções públicas e privadas considero que, em Portugal, se deveriam adoptar as seguintes medidas:	Ordene (p.f)
Proibir a acumulação de funções públicas e privadas.	()
Introduzir restrições ao rendimento privado.	()
Retomar a oferta de contratos com dedicação exclusiva.	()
Criar a possibilidade do exercício de clínica privada em instalações públicas.	()
Aumentar a transparência relativamente aos interesses dos profissionais.	()
Estabelecer mecanismos efectivos de fiscalização.	()
Promover mecanismos de auto-regulação.	()

8.3 Escolha dos peritos a consultar

Os peritos a consultar foram escolhidos de entre os *stakeholders* do sistema de saúde português. Foram escolhidos representantes dos financiadores, dos prestadores, dos fornecedores, dos reguladores e das entidades gestoras. As personalidades contactadas, titulares de cargos de relevância na condução do governo do sistema de saúde, eram todas elas portadoras da competência técnica e profissional adequada para se pronunciarem com grande conhecimento sobre os aspectos teóricos e práticos e as consequências desta dupla relação de emprego. Tentou fazer-se uma distribuição equilibrada de forma a colher sensibilidades diferenciadas.

Foram enviados inquéritos às seguintes entidades e personalidades:

- Administração Central do Sistema de Saúde (2 inquéritos): Aos elementos do Conselho Directivo com responsabilidades na área dos recursos humanos e carreiras profissionais;
- Administração Regional de Saúde (5 inquéritos): Aos presidentes dos Conselhos Directivos da cada uma das ARS;
- Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (1 inquérito): Ao presidente da APAH;
- Entidade Reguladora da Saúde (3 inquéritos): Aos elementos do Conselho Directivo da Entidade Reguladora da Saúde;
- Ordem dos Médicos (4 inquéritos): Ao presidente do conselho nacional executivo e um a cada um dos presidentes dos conselhos regionais da Ordem dos Médicos (norte, centro e sul);
- Sindicatos Independente dos Médicos (2 inquéritos): Membros do secretariado nacional incluindo o Secretário-geral;
- Federação Nacional dos Médicos (2 inquéritos): Membros da comissão executiva incluindo o presidente;
- Conselhos de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Centro Hospitalar de Coimbra e do Hospital São Teotónio de Viseu: (9 inquéritos): Membros dos conselhos de administração - o presidente, o director clínico e um vogal - de cada hospital.

8.4 Recolha dos dados

Dos 28 questionários enviados pelo correio foram devolvidos 20, devidamente preenchidos, a que corresponde uma taxa de resposta de cerca de 71,5%. Como a dimensão da amostra era reduzida e apenas se pretendia valorizar a opinião dos peritos, não se procedeu a qualquer tratamento estatístico, com excepção do cálculo das médias das respostas obtidas. Desta forma foram ordenadas as medidas de regulação que mereceram a preferência dos peritos de acordo com a necessidade, exequibilidade e eficácia.

Capítulo IV - Apresentação, análise e discussão dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resumos dos resultados obtidos com os dois inquéritos e realizada a sua discussão. Em primeiro lugar é apresentado o resultado do inquérito “Motivação e valores relacionados com o exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas”. Posteriormente é apresentado o resultado do inquérito “Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas”. O facto de estes estudos não terem uma precedência em Portugal levou ao desenvolvimento de alguns pontos de enquadramento conceptual para acompanhar a construção dos instrumentos de recolha dos dados. Esta situação associada à ausência de resultados nacionais não permite uma discussão com comparação de resultados de estudos anteriores. No entanto, os resultados que a seguir se apresentam serão discutidos tomando em consideração o estudo realizado por Humphrey & Russell (2004) quando isso se apresente adequado. Este estudo utiliza os dados de 60 entrevistas com consultores hospitalares vinculados ao National Health Service (NHS) e acumulação de funções no sector privado, no sudeste de Inglaterra. Investigou as razões do pluriemprego e a conciliação de valores profissionais, públicos e pessoais face às “tentações” do mercado.

9. Motivação e valores relacionados com o exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas

9.1 Caracterização da amostra

Dos 278 questionários entregues aos participantes foram devolvidos 117. Os secretariados da direcção dos serviços recolheram no final da primeira semana 75 % dos questionários e no final da segunda semana 16%. Foram recebidos no CEISUC, durante

essas duas semanas, 9% dos questionários. Após análise preliminar foi eliminado um inquérito porque apresentava uma grande deficiência no seu preenchimento. Dois questionários não integraram o estudo pela razão da sua extemporaneidade. A informação que se segue refere-se a 114 respostas válidas para o estudo. A taxa global de resposta considerada no estudo foi de 41,4%. Relativamente à taxa de resposta destacam-se, pela negativa, alguns serviços com taxas de 0% (dermatologia), 3% (oftalmologia) e 10% (radiologia) e pela positiva o facto de metade dos serviços apresentarem uma taxa de resposta superior a 60%.

Os inquéritos aceites no estudo foram respondidos por 68 participantes do género masculino e 46 do género feminino correspondendo a 59,6% e 40,4%, respectivamente. Analisando por tipo de vínculo laboral, 88 participantes têm um contrato de trabalho em funções públicas e 26 têm um contrato individual de trabalho, correspondendo a 77,2% e 22,8%, respectivamente.

Em média os respondentes têm vínculo com o sector público há 21,32 anos, são especialista há 16,29 anos e acumulam funções públicas e privadas há 16,74 anos. A carga horária semanal é, em média, de 35,34 para o sector público (sem considerar o trabalho extraordinário). A média semanal de trabalho no sector privado é de 14,89 horas. No sector privado o trabalho autónomo é predominante (77,2%), subordinado 8,8% e trabalham simultaneamente com carácter autónomo e subordinado 14,0% dos médicos que participaram neste estudo de acordo com os dados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Regime de trabalho em acumulação.

Regime do trabalho em acumulação	Nº participantes	Percentagem
Autónomo	88	77,2%
Subordinado	10	8,8%
Autónomo e subordinado	16	14,0%

A distribuição dos participantes por grupo etário é apresentada na Tabela 6. O grupo com maior frequência é o “45-54” que representa 36% da amostra do estudo.

Tabela 6. Grupo etário.

Grupo Etário	Nº participantes	Percentagem
25-34	10	8,8%
35-44	29	25,4%
45-54	41	36,0%
55-64	31	27,2%
65 ou mais	3	2,6%

9.2 Apresentação de resultados

Os resultados a seguir apresentados correspondem à percepção dos próprios médicos acerca dos motivos para exercerem actividade privada, ao desenvolvimento dos seus pontos de vista sobre os cuidados de saúde nos dois sectores e a forma como lidam com eventuais conflitos de interesses. Os resultados são apresentados por dimensões, de forma detalhada, seguindo a mesma a ordem utilizada na exposição da estrutura do inquérito e consideram que os níveis 1 e 2 correspondem a “concordam”, o nível 3 a “indiferente” e os níveis 4 e 5 a “não concordam”.

9.2.1 Dimensão “motivação económica”

Os resultados obtidos indicam que a expressiva maioria dos médicos considera que o motivo económico é muito importante para o exercício de funções no sector privado. Constata-se, ainda, que os incentivos monetários no sector público poderiam ser suficientemente fortes para que a maioria dos médicos deixasse a prática privada, concentrando o seu esforço no sector público, se lhes fosse proporcionada a oportunidade de aumentar o rendimento no trabalho principal.

A afirmação nº 18 “**O factor monetário é para mim, uma motivação muito importante para exercer funções no sector privado**” obteve o valor médio de concordância de 4,03 e o desvio padrão de 0,88. Os resultados apresentados na Figura 1 permitem-nos observar que concordam com a afirmação 84% dos médicos, 7% responderam que não concordam e para 9% este factor foi indicado como indiferente para o exercício no sector privado.

Figura 1. O factor monetário é para mim, uma motivação muito importante para exercer funções no sector privado

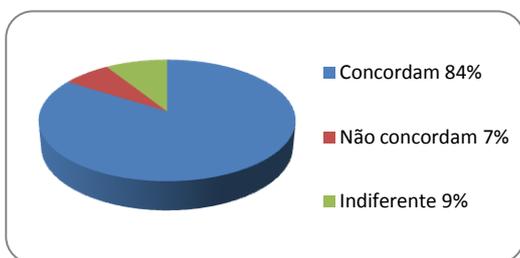
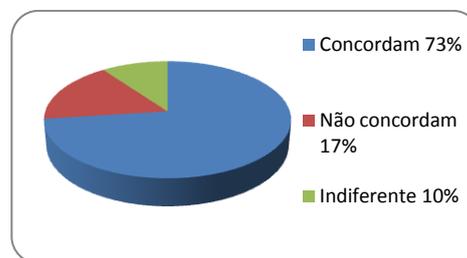


Figura 2. Se tivesse incentivos monetários no sector público deixava a prática privada



A afirmação nº 4 “**Se tivesse incentivos monetários no sector público deixava a prática privada**” mereceu uma valor de concordância médio de 4,00 e um desvio padrão de 1,26. De acordo com a Figura 2, das respostas obtidas podemos concluir que 73% dos médicos concordaram que deixavam a prática privada se tivessem incentivos monetários no sector público 17% responderam que não deixavam essa prática e para 10% seria indiferente

9.2.2 Dimensão “autonomia no trabalho”

Os resultados obtidos indicam que maioritariamente os médicos concordam que, no sector privado, são melhores as condições para organizar o trabalho, que é maior o grau de autonomia e que neste sector têm maior capacidade para definirem os doentes a tratar e o volume do trabalho que realizam. A maioria dos médicos é de opinião que há

maior acessibilidade para marcar MCDT, no sector privado, e que as dificuldades sentidas no sector público para efectuar essas marcações constituem um factor de desmotivação.

A afirmação nº 1 **“No sector privados os médicos têm melhores condições para organizar o seu trabalho”** mereceu um valor de concordância médio 3,66 e um desvio padrão de 1,12. Concordaram com a afirmação 64% dos médicos, 18% discordaram e para 18% seria indiferente. Neste estudo existe um número significativo de respondentes que trabalham no sector privado, em regime de trabalho subordinado. Partindo do princípio que a experiência profissional destes médicos é diferente, e que poderia ser diferente a sua opinião, simulámos a exclusão desses médicos do tratamento dos dados e obtivemos os seguintes resultados: 68% concordaram com a afirmação, 18% discordaram e 14% dos inquiridos respondeu que era indiferente.

A afirmação nº 21 **“No sector privado cabe-me a mim definir “quantos e quais” os doentes que trato”** mereceu um valor de concordância médio de 3,54 e um desvio padrão de 1,18. As respostas obtidas indicam que 63% dos inquiridos concordaram com a afirmação, 24% não concordaram e para 13% seria indiferente. Também aqui simulámos a exclusão dos médicos com trabalho subordinado, pelas razões antes invocadas e os resultados são muito similares: 62% dos inquiridos concordaram com a afirmação, 25% não concordam e para 13% é indiferente.

A afirmação nº 27 **“O grau de autonomia para organizar o trabalho é maior no sector privado que no público”** obteve um grau de concordância médio de 3,57 e um desvio padrão de 0,89. Dos inquiridos 73% concordaram com a afirmação, 8% não concordaram e para 19% é indiferente. Realizando o exercício anterior e excluindo os médicos com

trabalho subordinado obtém-se o seguinte resultado: 77% concordaram com a afirmação, 6% não concordou e para era 17% indiferente.

A afirmação nº 8 **“No sector público a dificuldade em marcar, em tempo adequado, exames de diagnóstico e tratamentos constitui para mim um factor de desmotivação”** mereceu um grau de concordância médio de 3,89 e um desvio padrão de 1,21. Concordaram com a afirmação 61% dos médicos, 25% não concordaram e para 14% era indiferente.

A afirmação nº 24 **“No sector privado tenho melhor acessibilidade para marcar exames de diagnóstico e tratamentos aos meus doentes”** mereceu um grau de concordância médio de 3,46 e um desvio padrão de 1,03. Concordaram com a afirmação 61% dos médicos, 18% não concordaram e para 21% era indiferente.

9.2.3 Dimensão “oportunidades profissionais”

Neste grupo de afirmações foi obtida a opinião maioritária dos médicos acerca das melhores condições proporcionadas pelo sector público quanto à formação e treino para o desenvolvimento de novas competências profissionais e às condições de inovação tecnológica. Quanto à comparação entre os dois sectores, relativamente à qualidade técnica dos serviços, o resultado obtido é menos expressivo embora a maioria concorde que o sector público oferece serviços com melhor qualidade técnica. A opinião de uma escassa maioria dos médicos reconhece que o sector privado oferece um maior envolvimento dos médicos na gestão. A possibilidade de, no sector privado, os médicos poderem fazer o acompanhamento dos episódios completos da doença é um motivo de satisfação profissional, reconhecido pela maioria dos inquiridos. Os resultados quantitativos são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7. Dimensão “oportunidades profissionais”

Afirmação	Concordam	Não concordam	Indiferente	Grau de concordância médio	Desvio Padrão
Nº 10 - O sector público proporciona-me melhores condições de formação e treino para o desenvolvimento de novas competências	79%	9%	12%	4,06	0,99
Nº 11 - O sector público proporciona-me melhores condições no acesso à inovação tecnológica	68%	16%	16%	3,81	1,14
Nº 33 - O sector público oferece serviços com melhor qualidade técnica que o sector privado	43%	27%	30%	3,25	1,07
Nº 25 - No sector privado consigo acompanhar os doentes através do episódio inteiro da doença e isso para mim constitui um motivo de satisfação	57%	18%	25%	3,50	1,08
Nº 20 - No sector privado sinto-me mais envolvido na gestão do que no sector público	39%	37%	24%	3,01	1,19

9.2.4 Dimensão “posicionamento estratégico”

Os resultados obtidos neste grupo de questões indicam que a maioria dos médicos considera o facto de trabalharem no sector público e privado indiferente no que se refere ao poder de influência junto dos seus pares. No entanto, é entendido como relevante a vantagem competitiva adquirida com esse posicionamento face ao maior contacto com os doentes e à mais-valia que lhes advém da possibilidade de poderem tratar os doentes do sector privado no sector público, caso seja necessário. Os resultados detalhados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Dimensão “posicionamento estratégico”

Afirmação	Concordam	Não concordam	Indiferente	Grau de concordância médio	Desvio Padrão
Nº 13 - Trabalhar simultaneamente no sector público e privado dá-me maior poder de influência junto dos meus pares	25%	34%	41%	2,83	1,10
Nº 34 - Trabalhar simultaneamente no sector público e privado é uma vantagem competitiva pois tenho maior contacto com doentes com necessidades dos meus serviços	61%	12%	27%	3,57	0,96
Nº 7 - Para os meus doentes, no sector privado, é uma mais-valia eu poder tratá-los no sector público caso seja necessário	50%	26%	24%	3,27	1,25

9.2.5 Dimensão “estatuto e reconhecimento profissional”

As respostas obtidas confirmam a importância que o prestígio dos médicos representam para a procura dos doentes no sector privado e a maioria dos médicos entende que trabalhar no sector público contribui para o aumento da reputação profissional. O prestígio profissional enquanto factor de atracção não parece transmitir aos inquiridos a sensação de “importância e influência”. A maioria dos médicos discordou com a afirmação de que o reconhecimento profissional, por parte dos colegas, é mais efectivo no sector privado. Confirma-se igualmente que neste sector os médicos sentem mais correspondência ao seu sentido empreendedor. A maior parte dos médicos entende que sente uma pressão no trabalho do sector público que considera pouco adequada. A Tabela 9 apresenta as frequências das respostas desta dimensão.

Tabela 9. Dimensão “estatuto e reconhecimento profissional”

Afirmação	Concordam	Não concordam	Indiferente	Grau de concordância médio	Desvio Padrão
Nº 2 - No sector privado os doentes escolhem os serviços da saúde em função do prestígio dos médicos	75%	11%	14%	3,83	0,96
Nº 22 - O reconhecimento do meu valor profissional, por parte dos meus colegas, é mais efectivo no sector privado	18%	47%	35%	2,69	1,05
Nº 19 - Na medida em que o meu prestígio profissional é um factor de atracção de doentes para a minha actividade privada sinto-me importante e influente	27%	25%	48%	2,96	0,99
Nº 23 - No sector privado sinto correspondência ao meu sentido empreendedor	55%	16%	29%	3,98	0,97
Nº 9 - No sector público sinto uma pressão sobre o meu trabalho (quantidade de trabalho, indicadores de produção e controlo sobre os custos) que considero pouco adequados	49%	32%	19%	3,24	1,19
Nº 6 - Trabalhar no sector público contribui para aumentar a minha reputação profissional	61%	9%	30%	3,68	0,90

9.2.6 Efeitos negativos do pluriemprego

Todas as afirmações formuladas neste estudo, fundamentadas nos efeitos negativos do pluriemprego, referidos na literatura, obtêm a discordância dos médicos inquiridos. As respostas dos médicos acerca da referida evasão de tarefas no sector público, dos comportamentos favoráveis à formação de listas de espera, da utilização do sector público para a realização de MCDT de doentes oriundos do sector privado e do desvio de doentes para o sector privado são maioritariamente de discordância. A Tabela 10 apresenta as frequências das respostas destes efeitos adversos para os sistemas de saúde.

Tabela 10. Dimensão “efeitos negativos do pluriemprego”

Afirmação	Concordam	Não concordam	Indiferente	Grau de concordância médio	Desvio Padrão
Nº 5 - Os médicos com acumulação de funções de funções privadas tendem a aceitar menos tarefas no sector público	17%	67%	16%	2,25	1,18
Nº 35 - A acumulação de funções no sector público e privado propicia comportamentos, no sector público, favoráveis à formação de listas de espera	12%	69%	19%	2,08	1,07
Nº 36 - A acumulação de funções no sector público e privado propicia a utilização do sector público para efectuar exames ou tratamentos de doentes oriundos do sector privado	35%	42%	23%	2,80	1,13
Nº 28 - Trabalhar simultaneamente no sector público e privado propicia o desvio de doentes do sector público para o privado	10%	74%	16%	1,96	1,05

9.2.7 Efeitos positivos do pluriemprego

As respostas obtidas indicam que os inquiridos têm a percepção dos efeitos positivos que são formulados nas afirmações sujeitas à sua apreciação. A maioria entende que o pluriemprego médico apresenta efeitos benéficos, porque aumenta a capacidade de escolha dos doentes e porque o aumento da oferta de cuidados tem efeitos positivos para o sistema de saúde. Os resultados são apresentados nas Figuras 4 e 5.

Figura 3. Na medida em que aumenta a possibilidade de escolha é benéfico para os doentes que os médicos trabalhem no sector público e privado

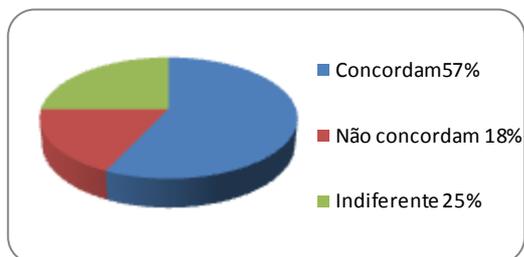
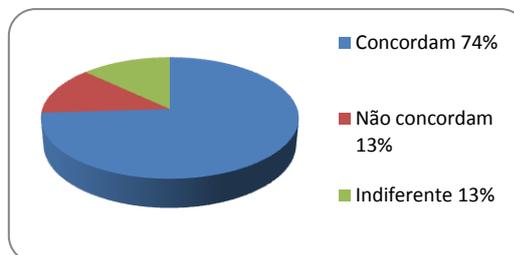


Figura 4. Na medida em que aumenta a oferta de cuidados é benéfico para o sistema de saúde a faculdade dada aos médicos de trabalharem no sector público e privado



A afirmação nº 16 obteve o grau de concordância médio de 3,52 e um desvio padrão de 1,03, enquanto a afirmação nº 17 obteve o grau de concordância médio de 3,81 e um desvio padrão de 1,06.

9.2.8 Outros aspectos relacionados com a articulação do sector público e privado

Os resultados indicam que dois terços dos médicos inquiridos apresentam a opinião de que a maioria dos médicos tem uma conduta íntegra e honesta no que se refere à articulação de interesses entre o sector público e privado. No entanto, concordam maioritariamente com a necessidade da existência de um código, específico, para regular a conduta dos profissionais na articulação entre os sectores. Cerca de dois terços dos médicos consideram que trabalhar em regime de pluriemprego é um direito inalienável. A maior parte dos médicos não admite renunciar ao sector público, valoriza as referências com os colegas deste sector e na relação entre os dois sectores dão mais valor ao sector público que ao privado. A maior parte dos médicos concorda, igualmente, que o sector privado é dependente do sector público porque utiliza os profissionais treinados neste sector e concentra-se nas áreas de actuação mais rentáveis, que os doentes que transitam do sector público para o sector privado correspondem aos casos clínicos menos complexos e que o desenvolvimento do sector

privado corresponde às falhas do sector público. Mais de metade dos inquiridos manifestaram a opinião de que se sentem confortáveis, no regime de pluriemprego, com a desigualdade de acesso dos doentes aos cuidados de saúde em função da capacidade de pagar. Os resultados são apresentados de forma detalhada na Tabela II.

Tabela II. Outros aspectos relacionados com a articulação do sector público e privado

Afirmação	Concordam	Não concordam	Indiferente	Grau de concordância médio	Desvio Padrão
Nº 30 - A maior parte dos médicos tem uma conduta profissional íntegra e honesta no que se refere à articulação dos interesses ente o sector público e privado	75%	8%	17%	3,91	0,90
Nº 37 - Deveria existir um código de conduta, específico, para regular a conduta dos profissionais que trabalham simultaneamente nos dois sectores	61%	21%	18%	3,66	1,23
Nº 31 - Trabalhar simultaneamente no sector público e privado é um direito que considero inalienável	74%	8%	18%	4,08	0,96
Nº 14 - Admito a possibilidade de renunciar ao sector público	26%	58%	16%	3,42	1,35
Nº 12 - Não deixo o sector público para não perder as referências com os meus colegas	59%	19%	22%	3,47	1,11
Nº 3 - Na relação entre os meus trabalhos valorizo mais o sector público do que o privado	46%	18%	36%	3,32	1,10
Nº 15 - O sector privado é dependente do sector público porque utiliza profissionais treinados neste sector e concentra-se em áreas de actuação mais rentáveis	61%	18%	21%	3,46	1,10
Nº 32 - Os doentes que transitam do sector público para o sector privado correspondem aos casos clínicos menos complexos	42%	32%	26%	3,11	1,07
Nº 29 - O desenvolvimento do sector privado corresponde às falhas do sector público	59%	31%	10%	3,28	1,26
Nº 26 - Sinto-me confortável com o regime de acumulação de funções pois a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, em função da capacidade de pagar, é algo inevitável	54%	25%	21%	3,38	1,14

9.3 Ordenação das motivações por nível de importância

A terceira secção do questionário continha um grupo de 5 afirmações correspondentes às dimensões antes formuladas. Os inquiridos procederam a esta ordenação, pelo nível da importância que lhes foi atribuído.

Os resultados apresentados na Tabela 12 indicam que a “motivação económica” foi considerada a “mais importante” para 62,3% dos respondentes. Seguem-se como motivo mais importante a “maior possibilidade de desenvolvimento das competências profissionais” para 20,5% dos inquiridos, a “maior autonomia do trabalho” para 12,6%, o “maior reconhecimento, estatuto e valorização profissional” para 7,1% dos participantes e por último a “posição de influência estratégica” que é o motivo mais importante para 1,8% dos médicos respondentes.

Tabela 12. Ordenação dos motivos para a prática do pluriemprego.

Motivo	Import. 1	Import. 2	Import. 3	Import. 4	Import. 5
Rendimento económico	62,30%	12,3%	13,2%	3,5%	8,8%
Desenvolvimento de competências	20,5%	25,0%	25,0%	14,3%	15,2%
Autonomia no trabalho	12,6%	35,1%	27,9%	20,7%	3,6%
Reconhecimento, estatuto e valorização	7,1%	17,9%	30,4%	32,1%	12,5%
Posição de influência estratégica	1,8%	7,1%	9,8%	23,2%	58,0%

O motivo indicado, pelos respondentes, como “menos importante” para a acumulação de funções é a posição de influência estratégica para 58,0% dos médicos, seguido da maior possibilidade de desenvolvimento de competências profissionais para 15,2%, do “maior reconhecimento, estatuto e valorização profissional” para 12,5% do “rendimento económico” para 8,8%, e por último da “maior autonomia do trabalho” apenas para 3,6% dos inquiridos, de acordo com os dados apresentados na Tabela 12.

Utilizando os valores correspondentes à importância atribuída a cada um dos motivos para acumulação de funções privadas foram efectuados cálculos dos valores médios das respostas. Os resultados obtidos e apresentados na Tabela 13 evidenciam como “mais importante” a motivação “rendimento económico” seguindo-se a “maior autonomia do trabalho”, a “possibilidade de desenvolvimento de competências profissionais”, o

“reconhecimento e valorização profissional” e por último a “posição de influência estratégica”.

Tabela 13. Ordenação dos motivos para a prática do pluriemprego (valores médios).

Motivo	Ranking - valores médios
Rendimento económico	1,84
Autonomia no trabalho	2,67
Desenvolvimento de competências	2,79
Reconhecimento, estatuto e valorização	3,25
Posição de influência estratégica	4,29

Embora a amostra tenha uma dimensão reduzida, apenas 114 inquiridos, quando segmentamos as respostas dos médicos, por género, a hierarquia dos motivos apresentam rigorosamente a mesma ordenação. Os dados apresentados na Tabela 14 indicam que o motivo “rendimento económico” considerado “mais importante” para acumular funções é considerado por uma percentagem idêntica de respondentes: por 61,76% dos 68 homens inquiridos e por 63,04% das 46 mulheres inquiridas.

Tabela 14 Ordenação dos motivos para a prática de acumulação de funções públicas e privadas (valores médios) por género.

	Rendimento económico	Autonomia no trabalho	Desenvolvimento de competências	Reconhecimento, estatuto e valorização	Posição e influência estratégica
Masculino	1,82	2,79	2,84	3,3	4,22
Feminino	1,87	2,49	2,71	3,18	4,38
Total	1,84	2,67	2,79	3,25	4,29
Desvio Padrão (total)	1,294	1,052	1,338	1,111	1,026

A Tabela 15 apresenta as respostas dos médicos segmentadas por vínculo laboral. Os motivos para a acumulação de funções apresentam a mesma ordenação, com excepção dos médicos em contrato individual de trabalho, que apresentam uma valorização do

motivo “desenvolvimento” em detrimento do motivo “influência estratégica”. A explicação desta constatação poderá estar associada ao facto dos médicos com este tipo de vínculo laboral terem em média menos idade e menor experiência profissional.

Tabela 15. Ordenação dos motivos para a prática de acumulação de funções públicas e privadas (valores médios) por relação jurídica de emprego.

	Rendimento económico	Autonomia no trabalho	Desenvolvimento de competências	Reconhecimento, estatuto e valorização	Posição e influência estratégica
CTFP	1,85	2,66	2,88	3,24	4,2
CIT	1,85	2,69	2,46	3,27	4,58
Total	1,84	2,67	2,79	3,25	4,29

No final do inquérito foi estabelecida a faculdade de os participantes acrescentarem outros motivos para a prática de funções no sector privado para além das exercidas no sector público. Corresponderam ao pedido 16 participantes. Os resultados obtidos são apresentados de forma resumida na Tabela 16.

Tabela 16. Outros motivos para acumulação de funções privadas.

Afirmação	Nº de participantes
O sector privado proporciona um rendimento mais justo dado que está associado ao desempenho (qualidade e quantidade). Três participantes referem a “injustiça” da remuneração do sector público que utiliza de forma perversa o trabalho extraordinário como mecanismo remuneratório.	8
O estado de “degradação do sector público.	2
Os doentes reconhecem melhor o mérito dos médicos no sector privado.	2
O seguimento dos episódios completos de doença no sector privado.	1
Maior satisfação profissional no sector público.	1
Salvaguarda de um dos dois empregos no caso de “alguma coisa correr mal”.	1
Reforço da ideia do “Código de Conduta” para regular a relação dos profissionais nos sectores publico e privado.	1

9.4 Análise das diferenças

Para averiguar a existência de diferenças nas respostas entre diferentes grupos de respondentes utilizou-se a seguinte metodologia: foram aplicados alguns testes que medem a probabilidade de as diferenças encontradas nos grupos da amostra serem devidas ao acaso, partindo do pressuposto que, na verdade, não há diferenças entre os grupos na população donde provêm (os testes efectuados com o programa SPSS são apresentados no Anexo VII). Se a probabilidade for alta poderemos concluir que não há diferenças estatisticamente significativas. Se a probabilidade for baixa poderemos concluir que há diferença entre os grupos, e de forma estatisticamente significativa. Assim para todos os testes efectuados tem-se:

H_0 : Não há diferenças entre grupos

H_1 : Há diferenças entre grupos

Tomou-se como referência para a rejeição da hipótese nula o nível de significância de 5%.

No caso de diferenças entre as médias de dois grupos utilizou-se o teste *t de Student* para amostras independentes. O teste *t de Student* foi assim aplicado para testar diferenças entre géneros (homens versus mulheres) e especialidades (especialidade I Ginecologia e Obstetrícia - aquela que tinha maior frequência, isto é, cerca de 25% - versus outras) e ainda tendo em conta a relação jurídica de emprego (CTF versus CIT). Para o caso dos grupos definidos por anos de acumulação de funções foram considerados três grupos: entre 0 e 10 anos; entre 11 e 20 anos; e mais de 20 anos de acumulação. As diferenças entre os três grupos foram analisadas usando o teste ANOVA (um factor). Para os dois

testes utilizados (t de *Student* e ANOVA), o programa SPSS, através do teste de *Levene*, resolve o problema da hipótese de variâncias iguais entre grupos (Maroco, 2010).

Os resultados do teste t de *Student* confirmam a ausência de diferenças estatisticamente significativas tal como indicam as tabelas 14 e 15. Foram realizados vários outros testes conforme indicado nesta secção. No geral não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos vários grupos considerados. Os resultados sugerem deste modo uma elevada convergência de opiniões e valores.

Registaram-se algumas exceções sobretudo entre grupos caracterizados por anos de acumulação: o grupo 11-20 anos concorda mais com a afirmação 14 do que o grupo 0-10 anos (diferença entre as médias = 1,042; P-Value = 0,003) e do que o grupo 20+ (diferença entre as médias = 1,095; P-Value = 0,001); para a motivação autonomia encontrou-se diferenças entre o grupo 11-20 e o grupo 0-10 (P-Value = 0,039) com o primeiro a apresentar um nível de concordância ligeiramente maior (diferença entre as médias = 0,45); o grupo 20+ concorda mais com a motivação posicionamento estratégico do que o grupo 0-10 (diferenças entre as médias = 0,42; P-Value = 0,048); relativamente à motivação estatuto, o grupo 10-20 concorda mais do que o grupo 0-10 (diferença entre médias = 0,53; P-Value = 0,048); por fim, e no que diz respeito ao *ranking* médio do motivo desenvolvimento de competências, o grupo 10-20 considera este motivo mais importante do que o grupo 20+ (diferença entre médias = 0,74; P-Value = 0,042). Em termos de especialidades, os respondentes da Ginecologia e Obstetrícia concordam mais do que as restantes com a afirmação 14 (diferença entre médias = 0,648; P-Value = 0,028) bem como com a motivação autonomia (diferença entre médias = 0,538; P-Value = 0,001).

9.5 Análise de redução de dados

Nesta dissertação optou-se por apresentar os resultados de forma desagregada sob pena de se diluírem aspectos específicos e importantes nos conjuntos de afirmações e porque o volume de informação era à partida tratável no espaço disponível. Apesar disso, explorou-se a possibilidade de redução de dados através da agregação de itens (afirmações) relacionados com um mesmo tópico, seguindo de perto a lógica de agrupamento exposta nas secções 7.3 e 9.2. Esta análise serve para avaliar a coerência das dimensões consideradas bem como a possibilidade de futuramente agregar diferentes itens para outro tipo de estudos. Para cada conjunto de itens (dimensão ou escala) começou-se por analisar a matriz de correlações com o objectivo de eliminar aqueles itens que apresentassem coeficientes de correlação inferiores a 0,25. De seguida aplicou-se a análise factorial aos itens que permaneceram em cada escala. O objectivo foi verificar se cada escala era unidimensional, convergindo as respectivas afirmações no mesmo sentido. Foram retidos os itens com pesos factoriais (*loadings*) elevados ($>0,5$) num só factor pretendendo-se ainda que a percentagem da variância explicada fosse igual ou superior a 50% (Maroco, 2010). Por fim verificou-se a consistência interna de cada escala recorrendo ao *Alpha de Cronbach*. Valores mais elevados reflectem melhor consistência interna sendo no geral considerados como aceitáveis valores acima de 0,7 embora valores acima de 0,6 também o possam ser, implicando no entanto alguma precaução na sua interpretação (Maroco e Garcia-Marques, 2006).

Relativamente à dimensão 'motivação económica' agrupou-se os itens 4 e 18 enquanto que no caso da 'autonomia no trabalho' começou-se por agrupar os itens 1, 8, 9, 20, 21, 24, 25 e 27 mas pela análise da matriz de correlações foram excluídos os itens 8 e 9. Para

a dimensão ‘oportunidades profissionais’ considerou-se o conjunto formado pelos itens 10, 11 e 33, tendo sido o último eliminado de acordo com todas as análises subsequentes. Para a análise da motivação ‘estatuto e reconhecimento profissional’ considerou-se inicialmente os itens 2, 6, 9 (entretanto excluído de dimensão anterior), 19, 22 e 23. Pela análise das correlações foram excluídos os itens 2, 6 e 9. A motivação ‘posicionamento estratégico’ começou por englobar os itens 6 (entretanto excluído de dimensão anterior), 7, 12, 13 e 34, tendo sido eliminado o último (em todas as análises, os resultados melhoravam com a sua eliminação deste grupo). A dimensão ‘efeitos negativos’ foi construída com os itens 5, 28, 35 e 36. A eliminação do item 5 melhorava, mas apenas marginalmente, os resultados. Os itens 16 e 17 formaram a dimensão ‘efeitos positivos’.

A Tabela 17 apresenta os resultados finais da análise factorial. Todas as variáveis constantes nesta tabela apresentam apenas um factor.

Tabela 17. Resultados da análise factorial.

Dimensão ‘motivação económica’ - Itens	Componente I
Afirmção 4	0,792
Afirmção 18	0,792
% Variância explicada	62,7
Dimensão ‘autonomia no trabalho’ - Itens	Componente I
Afirmção 1	0,770
Afirmção 20	0,684
Afirmção 21	0,691
Afirmção 24	0,644
Afirmção 25	0,721
Afirmção 27	0,738
% Variância explicada	50,3
6Dimensão ‘oportunidades profissionais’ – Itens	Componente I
Afirmção 10	0,932
Afirmção 11	0,932
% Variância explicada	86,9
Dimensão ‘posicionamento estratégico’ - Itens	Componente I
Afirmção 6	0,805
Afirmção 7	0,706
Afirmção 12	0,706
Afirmção 13	0,656
% Variância explicada	51,9

Dimensão 'estatuto e reconhecimento profissional' - Itens	Componente I
Afirmação 19	0,532
Afirmação 22	0,859
Afirmação 23	0,878
% Variância explicada	59,7
Dimensão 'efeitos negativos' - Itens	Componente I
Afirmação 5	0,543
Afirmação 28	0,719
Afirmação 35	0,771
Afirmação 36	0,780
% Variância explicada	50,4
Dimensão 'efeitos positivos' – Itens	Componente I
Afirmação 16	0,931
Afirmação 17	0,931
% Variância explicada	86,7

A Tabela 18 apresenta os resultados da análise da consistência interna aplicada a cada escala tendo em conta os itens da Tabela 17.

Tabela 18. Resultados da análise de consistência interna

Dimensão	Alpha de Cronbach
'motivação económica'	0,38
'autonomia no trabalho'	0,79
'oportunidades profissionais'	0,85
'posicionamento estratégico'	0,68
'estatuto e reconhecimento profissional'	0,65
'efeitos negativos'	0,66
'efeitos positivos'	0,85

Ponderando os resultados da análise da matriz de correlações, da análise factorial e do *Alpha de Cronbach* considera-se que seria aceitável a seguinte constituição das várias dimensões: 'autonomia no trabalho' – itens 1, 20, 21, 24, 25 e 27; 'oportunidades profissionais' – itens 10 e 11; 'estatuto e reconhecimento profissional' – itens 19, 22 e 23; 'posicionamento estratégico' - itens 6, 7, 12 e 13; 'efeitos negativos' - itens 5, 28, 35 e 36; dimensão 'efeitos positivos' – itens 16 e 17. Quanto à dimensão 'motivação económica' a análise separada dos itens 4 e 18 parece ser a opção mais adequada dado o valor muito

baixo do *Alpha de Cronbach*. Os resultados apresentados nesta secção estão, de uma forma geral, de acordo com as ideias subjacentes à construção do questionário.

10. Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas

Os peritos consultados representavam os financiadores, os prestadores, alguns grupos de pressão, os fornecedores, os reguladores e as entidades gestoras do sistema de saúde português. No entanto, o seu número constituiu uma amostra de dimensão reduzida. Pelo facto não são apresentados resultados baseados em tratamento estatístico específico que possibilite extrapolar os resultados da amostra para uma população. Apenas se valoriza a opinião dos peritos de forma a possibilitar a ordenação das medidas pelo grau de concordância que lhes atribuíram.

Os resultados obtidos relativamente à primeira parte do questionário, apresentados na Tabela 19, indicam que as medidas que obtiveram um nível de concordância mais elevado, no que diz respeito à sua necessidade, foram a proibição da promoção de serviços privados nos serviços públicos, a introdução de incentivos ao desempenho, o reforço de mecanismos de fiscalização, a obrigatoriedade de dedicação exclusiva dos órgãos de direcção no sector público e a necessidade de aumentar a transparência dos profissionais relativamente aos interesses privados.

As medidas que obtiveram um nível de concordância mais elevado, no que diz respeito à sua exequibilidade, são apresentadas na Tabela 19. Por ordem decrescente são o reforço dos mecanismos de fiscalização, a proibição da promoção de serviços privados nos serviços públicos, a introdução de incentivos ao desempenho, a criação de um código

específico para regular a conduta dos profissionais e a obrigatoriedade de dedicação exclusiva dos órgãos de direcção no sector público.

Tabela 19. Ordenação das medidas de regulação (necessidade, exequibilidade e eficácia).

Necessidade	Exequibilidade	Eficácia	Medidas
3º	1º	1º	Reforço dos mecanismos de fiscalização
1º	2º	3º	Proibição de promoção de serviços
2º	3º	2º	Introdução de incentivos ao desempenho
6º	4º	6º	Código de conduta específico
4º	5º	4º	Obrigatoriedade de dedicação exclusiva órgãos de direcção
9º	6º	8º	Proibição de contratar colaboradores do sector público
7º	7º	7º	Proibição de receber e tratar doentes do sector público
5º	8º	5º	Transparência: registo de interesses privados
11º	9º	10º	Medidas adoptadas como obrigações laborais
8º	10º	9º	Informação sobre tempos de espera por entidade independente
10º	11º	11º	Proibição de referenciar doentes para o sector público
12º	12º	13º	Restrição de acesso na categoria mais elevada
13º	13º	14º	Medicina privada em instalações públicas
14º	14º	12º	Restrição à actividade: produção e rendimentos privados

As medidas que obtiveram um nível de concordância mais elevado no que diz respeito à eficácia foram o reforço de mecanismos de fiscalização, a introdução de incentivos ao desempenho, a proibição da promoção de serviços privados nos serviços públicos, a obrigatoriedade de dedicação exclusiva dos órgãos de direcção no sector público e a necessidade de aumentar a transparência dos profissionais relativamente aos interesses privados, de acordo com os resultados apresentados na Tabela 19.

Em termos globais, quando conjugamos a análise da necessidade, exequibilidade e eficácia, reúnem um nível de concordância elevado, por ordem decrescente, a introdução de mecanismos de fiscalização, a proibição da promoção de serviços privados nos serviços públicos, a introdução de incentivos ao desempenho, a obrigatoriedade de dedicação exclusiva dos órgãos de direcção no sector público e a criação de um código específico para regular a conduta dos profissionais que trabalham simultaneamente no sector público e privado.

Os resultados apresentados na Tabela 20 indicam que a possibilidade do exercício de medicina privada em instalações públicas, a restrição de acesso à categoria mais elevada da carreira e a introdução de restrições à quantidade de trabalho e rendimentos auferidos no sector privado, foram na opinião do painel de peritos, as medidas consideradas menos importantes para adoptar no sistema de saúde português.

Tabela 20 – Ordenação das medidas de regulação (apreciação global).

Ordenação	Medidas
1º	Reforço dos mecanismos de fiscalização
2º	Proibição de promoção de serviços
3º	Introdução de incentivos ao desempenho
4º	Obrigatoriedade de dedicação exclusiva órgãos de direcção
5º	Código de conduta específico
6º	Transparência: registo de interesses privados
7º	Proibição de receber e tratar doentes do sector público
8º	Informação sobre tempos de espera por entidade independente
9º	Medidas adoptadas como obrigações laborais
10º	Proibição de contratar colaboradores do sector público
11º	Proibição de referenciar doentes para o sector público
12º	Restrição à actividade: produção e rendimentos privados
13º	Restrição de acesso na categoria mais elevada
14º	Medicina privada em instalações públicas

Na segunda parte do questionário foi pedido aos peritos que ordenarem sete medidas de acordo com a importância relativa que lhes atribuíam, susceptíveis de serem adoptadas em Portugal, com vista a “minorar os eventuais efeitos negativos da acumulação de funções públicas e privadas”. Os resultados obtidos, apresentados na Tabela 21, revelam as frequências das respostas evidenciando a relevância das medidas de reforço da fiscalização, da retoma da oferta de contratos em dedicação exclusiva, do aumento da transparência de interesses dos profissionais e dos mecanismos de auto-regulação. A medida de proibição de acumulação de funções públicas e privadas revela uma

distribuição nos extremos: 5 participantes consideram que a proibição como a medida mais importante e 11 como a medida menos importante. A possibilidade do exercício de clínica privada em hospitais públicos e a introdução de restrições ao rendimento privado são medidas que mereceram um baixo grau de concordância.

Tabela 21. Frequência das respostas referentes às medidas a adoptar para minorar os eventuais efeitos negativos do pluriemprego.

	Proibir acumulação	Restrição rendimento	Dedicação exclusiva	Clinica privada	Transparência	Fiscalização	Auto regulação
Importância 1	5		5		5	3	2
Importância 2			6		3	9	2
Importância 3					6	5	9
Importância 4	1	1	6	4	4	2	2
Importância 5	2		3	7	2	1	5
Importância 6	1	17		2			
Importância 7	11	2		7			

A Tabela 22 apresenta as medidas propostas no questionário ordenadas pelo grau de importância de acordo com a opinião do painel de peritos.

Tabela 22. Ordenação por grau de importância das medidas a adoptar em Portugal para minorar os efeitos do pluriemprego.

1 ^a	Estabelecer mecanismos efectivos de fiscalização
2 ^a	Retomar a oferta de contratos com dedicação exclusiva
3 ^a	Aumentar a transparência relativamente aos interesses dos profissionais
4 ^a	Promover mecanismos de auto-regulação
5 ^a	Proibir a acumulação de funções públicas e privadas
6 ^a	Criar a possibilidade do exercício de clínica privada em instalações públicas
7 ^a	Introduzir restrições ao rendimento privado

Para além da ordenação acima apresentada foi pedido ao painel de peritos que aditasse outras medidas, no mesmo sentido, para além das indicadas. As medidas sugeridas foram:

- A introdução de uma medida de ordem geográfica que impedisse a prática privada nas imediações do local do exercício público.
- A criação de mecanismos de remuneração variável ligados ao desempenho.

II. Discussão dos resultados

Os resultados apresentados neste estudo indicam que o inquérito acerca das motivações e valores relacionados com o exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas foi bem aceite. Embora não sendo possível a comparação com a taxa de resposta de estudos anteriores desta natureza, obtivemos uma taxa de resposta de 41,4%. A receptividade demonstrada pelo Conselho de Administração dos HUC, pelas direcções dos serviços envolvidos e pelos médicos participantes foi determinante para a prossecução do estudo.

Os dados recolhidos permitem-nos observar uma diferença muito significativa, por especialidade, na prevalência do pluriemprego e na opção pela dedicação exclusiva. Temos serviços e especialidades médicas, no hospital onde foi realizado o estudo, em que a taxa de pluriemprego é de 100% e serviços onde a dedicação exclusiva é total. No entanto, a maioria dos serviços apresenta equipas com alguns médicos em dedicação exclusiva ao sector público e outros em regime de pluriemprego. Esta realidade é observável noutros hospitais e as razões deste fenómeno são diversas. As especialidades com taxas elevadas de pluriemprego, no hospital onde foi realizado o estudo e noutros hospitais, parecem apresentar uma correspondência directa às condições favoráveis de mercado no sector privado da saúde.

Obtiveram-se taxas de resposta ao inquérito, por serviço, muito variadas, oscilando entre os 100% e 0%. Em quase todos os casos observou-se a coincidência de os serviços com

uma taxa elevada de pluriemprego apresentarem uma taxa diminuída de respostas. A resposta a cada um dos inquéritos corresponde a um auto-retrato dos médicos. Embora o tema abordado pudesse encerrar alguma susceptibilidade admite-se que só responderam ao inquérito os médicos que tiveram vontade de o fazer e atendendo à garantia de confidencialidade há razões reforçadas para acreditar na veracidade das respostas.

Da análise global das respostas sobre os motivos do pluriemprego podemos inferir que é muito elevada a importância do factor monetário para o pluriemprego médico. Neste estudo 84% dos médicos consideraram o factor monetário como muito importante para exercer funções privadas (afirmação nº 18) e para 62,3% foi considerado o motivo mais importante. O estudo, já antes referido, realizado por Humphrey & Russell, (2004), revela que apenas um pequeno número de médicos inquiridos (não quantificado) estaria na disposição de trocar o exercício privado por um aumento de salário no sector público. Neste estudo 73% dos médicos estaria na disposição de deixar a prática privada se tivesse incentivos monetários no sector público (afirmação nº 4). No entanto, não inquirimos quanto seria o montante necessário para permitir essa decisão. Sabemos que são diferentes os modelos de remuneração praticados no sector público e no sector privado. Ao invés do sector público o sector privado apresenta, por norma, rendimentos associados ao desempenho profissional e à produtividade e esse facto é referido por alguns participantes na parte final do questionário.

Em toda a literatura consultada destaca-se a valorização das motivações não financeiras por detrás da decisão dos médicos para trabalhar em regime de pluriemprego. A decisão parece fundamentada no aspecto complementar que assume a prática privada. Também

neste estudo podemos observar esse aspecto nos tempos de acumulação (cargas horárias). Os médicos responderam que trabalham em média cerca de 50 horas por semana (35 horas no sector público e 15 horas no sector privado).

A acrescida da autonomia do trabalho conseguida no sector privado é confirmada neste estudo, nas afirmações números 1, 21 e 27, como um importante motivo para o pluriemprego, tal como referido no estudo de Humphrey & Russell, (2004).

As deficiências existentes nas organizações públicas de saúde levam os médicos a procurar a satisfação profissional num emprego complementar (Macq e tal, 2001). Neste estudo confirmamos a importância desse motivo nos resultados conseguidos nas afirmações números 8 e 24 e 25).

As oportunidades profissionais, avaliadas com as afirmações números 10, 11, e 33, confirmam que o sector público proporciona melhores condições de formação, treino, desenvolvimento de novas competências profissionais, acesso à inovação tecnológica conforme sugerido por Averett (2001). De acordo com Heineck (2003), quando estas condições se encontram no sector público constituem uma forte razão para que os médicos não abandonem este sector, mesmos que isso represente trabalhar com uma remuneração mais baixa do que aquela que conseguiriam no sector privado. Talvez esta razão ajude a compreender, neste estudo, perante a importância atribuída ao factor económico que apenas 26% dos médicos admitem a renúncia ao sector público.

A importância relatada por Askildsen & Holmas (2004) acerca da pressão sobre o trabalho no sector público é confirmada nos resultados à afirmação nº 9. A motivação relacionada com a dimensão “posicionamento estratégico” não é confirmada na afirmação nº 13, pois os médicos não reconhecem maior influência junto dos seus pares pelo facto

de trabalharem simultaneamente nos dois sectores. No entanto, confirmam que esse facto lhes acrescenta vantagem competitiva aumentando o contacto com os doentes que necessitam dos seus serviços.

A importância do efeito directo ou indirecto sobre o rendimento privado resultante da reputação profissional alcançada no serviço público afirmado, entre outros, por Chawla (1996), é confirmada com a afirmação 6. O estatuto e valorização profissional foram avaliados pelas afirmações números 2, 22, 19, 23, 9. É reconhecida a importância do prestígio dos médicos para a obtenção de rendimento no sector privado, mas não é confirmado que os médicos obtenham maior reconhecimento do seu valor profissional, por parte dos seus pares, no sector privado.

Considerando os efeitos negativos do pluriemprego relatados na literatura, entre outros por Ferrinho *et al.* (2004), Biglaiser e Ma (2006), González (2004 e 2005), Jumpa e Mills (2003), France, Taroni e Donatini (2005), Oliveira e Pinto (2005), Barros e Olivella, (2005) e Bardham (1997), formulámos quatro afirmações (5, 25, 26 e 38). Segundo os resultados obtidos neste estudo, os médicos em regime de pluriemprego não reconhecem qualquer dos efeitos negativos apresentados na literatura, contrariando os estudos antes referidos. Esta interpretação do fenómeno, aparentemente de carácter defensivo, poderá antecipar alguma oposição ou resistência a medidas reguladoras mais restritivas ou proibitivas.

Os efeitos positivos do pluriemprego são confirmados pelas respostas dos médicos às afirmações números 16 e 17. O aumento da oferta de cuidados de saúde (Chawla, Berman & Kawiorska, 1998) e o aumento da possibilidade de escolha dos doentes

(Bellanger & Mossé, 2000), com benefícios para o sistema de saúde e para os profissionais são reconhecidos pelos médicos participantes neste estudo.

A revisão da literatura não é conclusiva quanto aos efeitos do pluriemprego. No entanto, parecem prevalecer os efeitos negativos. Faltam provas sobre a extensão e efeitos do fenómeno. Os efeitos do pluriemprego sobre a eficiência, a equidade e a qualidade dos cuidados de saúde não são fáceis de medir.

Na relação entre os sectores de actividade é reconhecida que há uma primazia da qualidade técnica do sector público (afirmação nº 33), que os doentes que transitam do sector público para o privado correspondem aos casos clínicos menos complexos (afirmação nº 32), que o desenvolvimento do sector privado corresponde às falhas do sector público (afirmação nº 29) e a dependência do sector privado em relação ao sector público, dado que utiliza profissionais do sector público e concentra a actividade nas áreas mais rentáveis (afirmação nº 15). Da análise das respostas parece que os médicos deste estudo têm uma visão simbiótica na relação entre os sectores. A importância de manter a auto imagem, ligado a padrões éticos da profissão e evitando a censura dos colegas, parece explicar o resultado líquido positivo (não há negativo e há positivo) para os próprios médicos, doentes e para o sistema de saúde. Neste estudo, à semelhança do estudo de Humphrey & Russell (2004), afirma-se a honestidade e integridade da maioria dos médicos, contrariando as suspeitas e opiniões negativas sobre os profissionais em regime de pluriemprego (afirmação nº 30). No entanto, parece uma medida cautelar, o reconhecimento da necessidade de existir um código específico para regular a conduta dos médicos que trabalham simultaneamente no sector público e privado. Neste estudo, tal como no estudo antes citado, podemos ainda verificar que os médicos inquiridos têm

uma ideia muito forte do direito, que consideram inalienável, de trabalharem simultaneamente nos dois sectores (afirmação nº 31) e que aceitam com naturalidade a desigualdade no acesso em função da capacidade de pagar.

O estudo colheu a opinião dos médicos envolvidos na prática do pluriemprego relativamente às “motivação e valores relacionados com o exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas” Esta é uma visão parcial da realidade sendo necessária completá-la com outras. Para completar a percepção deste fenómeno falta, pelo menos, avaliar a opinião dos restantes médicos. A comparação do desempenho profissional, dos médicos com pluriemprego e dos médicos com dedicação exclusiva parece ser muito importante para ultrapassar as suspeitas acerca do baixo desempenho dos médicos com pluriemprego. Até agora isso não é possível devido à falta de instrumentos para comparar o desempenho dos médicos em dedicação exclusiva e dos que acumulam funções nos dois sectores. Esse mecanismo fornecerá no futuro as provas, confirmando ou infirmando um conjunto de suspeitas relacionadas com a conduta dos profissionais.

Este estudo construiu um conjunto de medidas de regulação, testou a sua necessidade, exequibilidade e eficácia. No desenvolvimento do trabalho optámos por construir um questionário para recolher a necessária opinião dos peritos. Foi uma alternativa à ideia inicial de realizar um painel de Delphi ou uma técnica de grupo nominal. Cada um destes métodos apresentava a vantagem de construir um resultado baseado numa forma estruturada de consenso. Não foi possível desenvolver qualquer destas técnicas pela escassez de tempo e pelos recursos que exigiam. No entanto, o método escolhido

apresentou-se como adequado dentro dos limites de tempo e de recursos disponíveis para o desenvolvimento do estudo.

A proibição do pluriemprego experimentada em países do leste europeu e em países orientais revelaram falta de monitorização e o exercício da prática privada mesmo com regimes proibicionistas. A simples proibição de acumulação de funções públicas e privadas, proposta por alguns dos peritos, neste estudo, não parece constituir uma solução para o problema. Também as experiências realizadas em países desenvolvidos não foram bem sucedidas (Berman & Cuizon, 2004). Na Grécia, a proibição que vigorou entre 1983 e 2002, revelou a violação da legalidade por muito médicos (Mossialos, Allin & Davaki, 2005). A presença de efeitos colaterais, resultantes desta medida, poderia verificar-se no nosso sistema de saúde, nomeadamente a transferência de médicos para o sector privado. Em sistemas onde o contexto organizacional é mau a resposta de regulação terá que ser abrangente (Jumpa, Jan & Mills, 2007). O nosso sistema apresenta deficiências de planeamento global e principalmente na gestão dos recursos humanos ao nível das organizações.

Se fossem os próprios médicos a criarem os mecanismos de auto-imposição sobre as restrições à sua participação no sector privado estaríamos na presença de um instrumento de regulação eficaz. Quando essas imposições são impostas através de mecanismos legais poderão criar uma mensagem de desconfiança com implicações negativas sobre o compromisso dos médicos com o sector público. A regulação tem como objectivo minimizar, a custos razoáveis e monitorizáveis o *deficit* de funcionamento do mercado. Quando se introduzem mecanismos de incentivos ou de regulação deveria desenvolver-se a avaliação dos efeitos. Isto nem sempre tem acontecido em Portugal.

12. Princípios e medidas de regulação

Formular uma política de regulação não é uma tarefa fácil pela complexidade, pelo esforço de concertação com os *stakeholders* e pelos custos de monitorização necessários para que essa política seja eficaz.

Nestes termos, a actuação dos profissionais vinculados ao SNS, em situação de pluriemprego, devem pautar-se por um conjunto de princípios, dos quais se destacam:

- Princípio da primazia do serviço público. Os profissionais vinculados ao SNS devem privilegiar os interesses do sector público.
- Princípio da promoção da imagem ética e profissional. Os profissionais devem ter uma conduta de honestidade e integridade e promover uma imagem de valores e profissionalismo actuando no sentido de reforçar a confiança nos cidadãos.
- Princípio da transparência e separação dos interesses. Todos os profissionais de saúde têm a obrigação de declarar e manter actualizada a informação acerca dos seus interesses no sector privado. Esta informação deve ser tornada pública de forma a promover a transparência e a separação de interesses nos sectores público e privado.

Qualquer reforma que vise minimizar os eventuais efeitos adversos do pluriemprego, em Portugal, deverá enveredar por uma estratégia que inclua medidas de incentivos, de proibição, de fiscalização e de regulamentação apoiada num forte sentido de auto-regulação. Ponderando os resultados obtidos neste estudo são propostas as seguintes medidas:

Medidas de promoção da transparência e informação.

- Os médicos que trabalham no sector público e privado devem manter um registo actualizado, que permita a consulta pública, dos seus interesses privados que resultem do exercício da medicina ou da participação em empresas de saúde.
- No sector público a informação sobre tempos de espera para a realização de meios de diagnóstico e de tratamento deve ser prestada por entidade independente não podendo ser prestada por médicos que acumulam funções no sector privado.

Medidas de regulamentação e proibição.

- No sector público o director do serviço ou do departamento tem obrigatoriamente dedicação exclusiva ao sector público.
- No sector público os médicos não podem fazer promoção directa ou indirecta dos seus serviços privados, nem fazer publicidade aos seus serviços referindo os cargos ou categorias profissionais do sector público.
- No sector privado os médicos não podem receber e tratar doentes referenciados ou oriundos da instituição pública a que esses profissionais se encontram vinculados.
- Os médicos não podem referenciar para instituição pública, a que se encontram vinculados, doentes com origem na sua actividade privada (com excepção das situações de urgência).
- Os colaboradores contratados pelos médicos para desenvolverem actividade privada não podem ter vínculo contratual à instituição pública a que os médicos se encontram vinculados.

- Deve existir um código de conduta, específico, para regular a conduta dos profissionais que trabalham simultaneamente nos sectores público e privado.
- As medidas enunciadas (no questionário com os números 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8), integram o código de conduta dos médicos que trabalham simultaneamente nos sectores público e privado, constituem-se como obrigações laborais e fazem parte do contrato de trabalho celebrado entre estes e o Serviço Nacional de Saúde.

Medidas de fiscalização e punição.

- O governo deve estabelecer efectivos mecanismos de fiscalização para dissuadir eventuais práticas menos correctas resultantes do exercício concomitante no sector público e privado.

Medidas de promoção do desempenho e de incentivos.

- No sector público deve ser fomentada a contratação de médicos com incentivos ao desempenho porque contribui para o aumento da produtividade e para a diminuição dos efeitos perversos resultantes da acumulação de funções públicas e privadas.

As propostas enunciadas não incluem a proibição do pluriemprego, pelas razões já antes indicadas. No entanto, visam a separação dos sectores público e privado, de forma a afastar a suspeita de “promiscuidade” centrada nos profissionais de saúde. Os peritos atribuíram um baixo grau de importância à medida de incentivo e fidelização ao serviço público através da restrição da promoção à última categoria das carreiras médicas apenas aos profissionais com dedicação exclusiva ao serviço público. As medidas que estabeleçam a possibilidade do exercício da medicina privada em estabelecimentos

públicos (provavelmente a que não é alheia a fracassada experiência do passado) e da introdução de restrições ao rendimento no sector privado também não são incluídas nesta proposta devido ao baixo grau de importância que lhe foi atribuído.

Capítulo V – Conclusões.

13. Conclusões e perspectivas de investigação futura

13.1 Descrição da abordagem

Da revisão da literatura verificamos que os argumentos sobre os aspectos negativos da prática do pluriemprego parecem prevalecer na literatura. No entanto, há muitos aspectos que não se conhecem sobre esta prática. Não é consensual o entendimento dos efeitos do pluriemprego sobre o volume da oferta dos cuidados de saúde, nomeadamente a teoria que defende que esta prática reduz a oferta global de cuidados. Pouco se sabe sobre o modo como os médicos dividem o trabalho entre os dois empregos. Falta testar o pressuposto de que os médicos detêm um mecanismo racional de rentabilização e maximização do rendimento como objectivo principal ao exercerem o pluriemprego. Este pressuposto tem sido prejudicado em estudos que apresentam a situação de médicos que permanecem num trabalho com baixos salários quando têm possibilidade de utilizar esse tempo em cargos melhor remunerados. A análise dos efeitos do pluriemprego sobre a qualidade dos cuidados de saúde é complexa, pois não conseguimos separar os efeitos deste regime de trabalho dos efeitos provocados pelos problemas sistémicos como as más condições de trabalho. A qualidade dos cuidados de saúde poderá ser baixa independentemente dos efeitos do pluriemprego. Também a análise dos efeitos do pluriemprego sobre os custos da prestação pública dos cuidados de saúde permanece inconclusiva. Os estudos realizados não comparam o desempenho dos médicos em dedicação exclusiva com os médicos com pluriemprego. Os médicos com pluriemprego têm interesses que não têm que ser coincidentes com os dos empregadores públicos. Resta trabalhar para que os efeitos adversos sejam minimizados e controlados a custos razoáveis. Não é fácil decidir se os mecanismos devem ser de carácter

predominantemente proibicionistas, se os sistemas devem introduzir mecanismos de restrições sobre a prática do pluriemprego ou qualquer outra hipótese de combinação.

Na parte empírica do trabalho construímos um conjunto de afirmações que tinham subjacentes os motivos, os valores e os conflitos de interesses na prática do pluriemprego. A maior parte da literatura aponta o motivo económico com a principal motivação para a prática de um segundo emprego. Da recolha, tratamento e apresentação dos resultados constatámos que para os inquiridos esta motivação também é a mais importante. No entanto existem outros motivos importantes para os médicos adoptarem o regime de pluriemprego como o desenvolvimento de competências profissionais, a autonomia no trabalho, o reconhecimento, estatuto e valorização profissional e a posição de influência estratégica. Um dado importante a destacar neste estudo, de acordo com a opinião dos inquiridos, consiste na discordância dos efeitos adversos do pluriemprego descritos na literatura, mas foram confirmados os efeitos positivos. Para além das motivações foram avaliados um conjunto de valores e interesses presentes no exercício simultâneo da medicina no sector público e privado. No entanto, muitas suspeitas e acusações sobre o comportamento dos médicos em pluriemprego poderão ser equívocos e carecem de provas. Neste estudo não foram observadas diferenças significativas nos resultados em função do género, especialidade ou anos de acumulação dos inquiridos.

Neste estudo procedemos ainda à revisão das políticas concebidas e implementadas, em diferentes países destinadas a prevenir ou diminuir os efeitos negativos do pluriemprego. Apresentámos políticas de promoção da transparência e promoção da informação, de regulamentação e proibição, de fiscalização e punição, de restrição do rendimento ou da

actividade privada, de estímulo à dedicação exclusiva, do exercício da medicina privada em instalações públicas, e de incentivos e aumento de salários no sector público. Analisámos o contexto português de regulamentação e de regulação. Frisámos, face aos interesses, a dificuldade em conceber e implementar um sistema adequado à necessidade, exequível e eficaz e a dificuldade em manter a fiscalização das regras de regulação. Referimos as dificuldades em introduzir, no nosso país, mecanismos de incentivos ao desempenho para melhorar a produtividade e a motivação dos médicos. Continuamos sem um sistema de avaliação do desempenho dos médicos e são muito rígidas as regras de organização do trabalho no sector público. A regulação no sector da saúde é necessária pelas deficiências do funcionamento do mercado e pelas exigências éticas de governação do sistema de saúde. Não se sabe qual é a melhor política de intervenção para evitar as consequências do pluriemprego. Face à necessidade de introduzir e reforçar as medidas de regulação, em Portugal, construímos e submetemos à consideração de um painel de peritos um conjunto de medidas de regulação. Não se pode afirmar que qualquer uma das medidas é mais importante que a outra. A sua necessidade, exequibilidade e eficácia determinam a sua adequação. Somos levados a crer no desenvolvimento de um sistema de regulação, com complexidade crescente, que obtenha uma melhoria contínua em função da avaliação da sua experiência. Neste trabalho apresentámos, com fundamento nos resultados do estudo, os princípios e as medidas que nos parecem mais adequados para integrar a estratégia de regulação do nosso sistema de saúde.

13.2 Limitações do trabalho

Este trabalho apresenta um conjunto importante de limitações. Em relação à parte empírica que avaliou a motivação, valores e interesses presentes no pluriemprego, o facto

de não ser conhecido um estudo anterior sobre o tema, nem se ter encontrado na pesquisa bibliográfica um instrumento de recolha de dados susceptível de ser adaptado, constituiu uma limitação no momento de comparar os resultados obtidos neste estudo. As próprias características exploratórias assumidas neste trabalho são uma limitação. Também a metodologia utilizada pela reduzida dimensão da amostra, pela forma da sua constituição (amostra de conveniência) e pela forma como foi recolhida representam uma limitação, não possibilitando uma extrapolação dos resultados. O estudo colheu a opinião dos médicos em situação de pluriemprego. Esta é uma visão que permite apenas uma compreensão parcial da realidade sendo necessária completá-la com outras.

No que respeita à parte empírica que avaliou os conflitos de interesses e a regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas, a opção pelo questionário foi uma alternativa que limitou o resultado pretendido: a obtenção de uma forma estruturada de consenso. Assim os resultados apenas permitiram recolher a opinião acerca das medidas quanto à sua necessidade, exequibilidade e eficácia.

13.3 Contributos do trabalho

Na parte conceptual este trabalho apresenta o contributo de ter efectuado a descrição de alguns aspectos relacionados com o pluriemprego e os regimes de trabalho das carreiras médicas em Portugal. Na parte empírica apresenta a contribuição de ter realizado a construção e administração de dois questionários que abordam temas ainda pouco explorados no contexto português. Um acerca das motivações, valores e interesses presentes no pluriemprego e outro sobre os conflitos de interesses e a regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas. A

apresentação dos resultados destes questionários permitiu melhorar o conhecimento do fenómeno do pluriemprego médico em Portugal e formular um conjunto de medidas de regulação para o nosso sistema de saúde. Este estudo poderá ser ainda um ponto de partida e de referência para estudos mais desenvolvidos neste campo, bem como auxiliar os decisores na definição de uma estratégia de minimização dos efeitos adversos do pluriemprego.

13.4 Perspectivas de investigação futura

Existe uma grande falta de rigor nos estudos empíricos que quantificam os custos e os benefícios sociais do pluriemprego. Será necessária mais investigação, teórica e empírica, para fundamentar a discussão do problema na perspectiva das opções de políticas de saúde, das reformas e no sentido da promoção da eficiência do sistema de saúde. Será igualmente necessária despender mais atenção à gestão dos recursos e à organização do trabalho nas organizações de saúde. Estudos desta natureza requerem mais pesquisa e mais evidência empírica. É necessária mais investigação que compare o desempenho dos médicos da dedicação exclusiva com os que acumulam funções públicas e privadas, em condições de exercício idênticas, que entenda como os médicos dividem o trabalho entre os dois empregos, que analise os custos e os benefícios do pluriemprego e que analise o impacto das medidas e políticas implementadas para regular o comportamento dos prestadores em regime de pluriemprego.

Bibliografia

Askildsen, J.E., & Helge Holmas, T. (2004). Wages and work conditions as determinants for physicians work decisions. University of Bergen Working Paper Series in Social Insurance 64.

Averett SL (2001). Moonlighting: multiple motives and gender differences. *Appl Econ*; 33:1391-410.

Baldwin, R. & Cave, M. (1999). *Understanding regulation: theory, strategy and practice*. Oxford University Press, Oxford.

Bardham P. (1997). Corruption and development. *J Econ Lit*;35: 1320-46.

Barros, P.P., & Olivella, P. (2005). Waiting Lists and Patient Selection. *Journal of Economics and Management Strategy*, 14, 623-646.

Bellanger, M.M., & Mossé, P.R. (2000). Contracting within a centralized health care system: the ongoing French experience. First meeting of the European health care systems discussion group (EHCS DG).

Bellanger, M.M., & Mossé, P.R. (2005). The search for the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting mechanism in the French health care system. *Health Economics*, 14, S19-S132.

Berman, P., & Cuizon D. (2004). Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries: an exploration of theory and evidence. London: DFID Health Systems Resource Centre.

Bian, Y., Sun, Q., Jan, S., Yu, J., & Meng, Q. (2003). Dual Practice by Public Health Providers in Shandong and Sichuan Province, China. Health Economics and Financing Programme Working paper 07/03. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Biglaiser, G., & Ma, C.T. (2006). Moonlighting: Public Service and Private Practice. Boston University Working paper.

Bloor, K., Maynard, A., & Freemantle, N. (2004). Variation in activity rates of consultant surgeons and the influence of reward structures in the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9, 76-84.

Brekke K, Sørsgard L. (2007). Public versus private health care in a national health service. *Health Economics*;16:579–601.

Buchan, J., & Sochalski, J. (2004). The migration of nurses: trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 587-94.

Chawla, M. (1996). Public-Private interactions in the health sector in developing countries: Sharing of labor resources [doctoral thesis]. Boston: Boston University.

Chawla, M., Berman, P., & Kawiorska, D. (1998). Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures. *Health Economics*, 7, 337-346.

Cohen, L. (1990). Moonlighting. *JAMA*, 263:1065.

Competition Commission. (1994). Private medical services: a report on the agreements and practices relating to charges for the supply of private medical services by NHS consultants. London: HMSO.

Culler, S.D., & Bazzoli, G.J. (1985). The moonlighting decisions of resident physicians. *Journal of Health Economics*, 4, 283-292.

Cutler, D.M. (2002). Equality, efficiency and market fundamental: The dynamics of international medical care reform. *Journal of Economic Literature*, 40, 881-906.

De Pietro C. (2006). Private medical services in the Italian hospitals: the case for improving HRM. *Health Policy*;78:56–69.

Dent, O.F. (2004). *Clinical Workforce surveys 2003*. Sydney, Royal Australasian College of Physicians.

Eggleston, K. & Bir, A. (2006). Physician dual practice. *Health Policy*, 78, 157-166.

Encinosa WE, Gaynor M, Rebitzer JB. (2007). The sociology of groups and the economics of incentives: theory and evidence on compensation systems. *Journal of Economic Behavior and Organizations*;62-2:187–214.

Ensor, T., & Duran-Moreno, A. (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in health sector. In R. Saltman, R. Busse, & E. Mossialos (Eds.), *Regulating*

Ferreira, A. (2004). Regulação em saúde e regulação das utilities: que diferenças? *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3 (1) Janeiro-Março.

Ferrinho, P., Lerberghe, W.V., Fronteira, I., Hipólito, F., & Biscaia A. (2004). Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, 2, 1

Ferrinho, P., Van Lerberghe, W., Julien, M.R., Fresta, E., Gomes, A., Dias, F., Goncalves, A., & Backstrom, B. (1998). How and why public sector doctors engage in private practice in Portuguese-speaking African countries. *Health Policy and Planning*, 13, 332-338.

France, G., Taroni, F., & Donatini, A. (2005). The Italian health-care system. *Health Economics*, 14, 187-202.

García-Prado A, González P. (2006). Who do physicians work for? Working paper ECON 06.28. Universidad Pablo de Olavide.

García-Prado A. (2004). Health care providers behavior in developing countries. Navarra: Universidad Pública de Navarra.

González, P. (2004). Should Physicians' Dual Practice Be Limited? An Incentive Approach. *Health Economics*, 13, 505-524.

González, P. (2005). On a Policy of Transferring Public Patients to Private Practice. *Health Economics*, 14, 513-527.

Hamilton, S.M., Letourneau, S., Pেকেles, E., Voaklander, D. & Johnston, D.W.C. (1997). The Impact of Regionalization on a Surgery Program in the Canadian Health Care System. *Archives of Surgery*, 132, 605-611.

Heineck, G. (2003). New estimates of multiple jobholding in the UK. University of Bamberg Working Paper.

Humphrey C, Russell J. (2004). Motivation and values of hospital consultants in south-east England who work in the National Health Service and do private practice. *Social Science & Medicine* 59:1241–50.

Ikegami, N. (1991). Japanese health care: Low cost through regulated fees. *Health Affairs*, 10, 88-109.

Jumpa M, Jan S, Mills A. (2007) The role of regulation in influencing income generating activities among public sector doctors in Peru. *Human Resources for Health*; 5.

Jumpa, M., Jan, S., & Mills, A. (2003). Dual Practice of Public Sector Health Care Providers in Peru. *Health Economics and Financing Programme Working paper 06/03*. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Kimmel, Conway K.S. (1995). Who moonlights and why? Evidence from SIPP. WE Upjohn Institute for Employment Research, Working Paper 95- 40.

Lerberghe, W.V., Conceicao, C., Damme, W.F., & Ferrinho, P. (2002). When staff is under-paid: dealing with individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 581-584.

Macq, J., Ferrinho, P., De Brouwere, V., & Van Lerberghe, W. (2001). Managing health services in developing countries: between ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health*, 5, 17-24.

Maroco, J., Garci-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Revista Laboratório de Psicologia*, 4 (1): 65-90.

Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*, 3ª Ed. Edições Sílabo, Lisboa

Morris S, Elliott B, Ma A, McConnachie A, Rice N, Skatun D, et al. (2008). Analysis of consultants NHS and private incomes in England in 2003/4. *Journal of the Royal Society of Medicine*;101:372–80.

Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14, 151-168.

Oliveira, M.D, & Pinto, C.G. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14: 203-220.

Rickman, N., & McGuire, A. (1999). Regulating Providers' Reimbursement in a mixed market for health care. *Scottish Journal of Political Economy*, 46, 53-71.

Rose-Ackerman S.(1963). Altruism, nonprofits and economic theory. *J Econ Lit*. 1996;34:701-28.

Saether EM. (2003). A discrete choice analysis of Norwegian physicians' labour supply and sector choice. University of Oslo working paper, vol. 19.

Saltman, R. & Feroussier,-Davis, O. (2000). The concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 732-739.

Sandier S, Paris V, Polton D. (2004). Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Venieris, D. (1997). The history of health insurance in Greece: the nettle governments failed to grasp. London School of Economics and Political Science Discussion Paper 9.

World Health Organization. (2000). The effects of economic and policy incentives on provider practice. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Exmo. Senhor
Dr. José Manuel Matos Mota
Vogal do Conselho Directivo da ACSS
Administração Central do Sistema de Saúde
Av. João Crisóstomo, 11
1000-171 Lisboa

Assunto: Solicitação de dados sobre médicos em exercício no SNS.

Carlos Luís Neves Gante Ribeiro, aluno do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, está no presente a elaborar a sua dissertação sob a orientação da Prof.^a Doutora Carlota Quintal, docente daquela Faculdade, com o tema “Pluriemprego médico em Portugal. Motivações, conflitos de interesses e mecanismos de regulação”. Com a finalidade de caracterizar e melhor identificar este fenómeno em Portugal solicita a Va. Exa. a disponibilização dos seguintes dados:

- Número de médicos (com o grau de especialista) em **contrato de trabalho em funções públicas**, em exercício de funções no SNS, por sector de actividade (cuidados primários e hospitais) e por regime de trabalho (tempo completo e dedicação exclusiva).
- Número de médicos (com o grau de especialista) em **contrato individual de trabalho** em exercício de funções no SNS, por sector de actividade (cuidados primários e hospitais) e por horário de trabalho e regime de trabalho.
- Número de médicos em exercício de funções no SNS e que simultaneamente exercem actividade privada, por tipo de vínculo laboral.

Este trabalho conta com o apoio financeiro do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Agradecendo a atenção que vier a ser dispensada, apresenta os melhores cumprimentos

Coimbra, 16 de Maio de 2011

Carlos Gante

Administrador Hospitalar

Contactos:

E-mail: publicoprivado1@gmail.com

Telefone: 96 3605636



HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Presidente: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros;
Vice-Presidente: Dra. Maria Odete Isabel; Vogais: Prof.ª Doutora Maria Fátima
Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Prof. Doutor Carlos
Alberto Fontes Ribeiro; Enf.º Adélio Tinoco Mendes;
Jurista: Dra. Alexandra Vilela;
Padre: José António Afonso Pais

Exmo. Senhor:
Dr. Francisco Parente
Digmº Director Clínico dos
HUC, E.P.E.

N/Refº
CES

Ofício Nº
0053

Data
13.04.2011

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionário a funcionários dos HUC subordinado ao tema "Pluriemprego médico em Portugal. Conflitos de interesses e mecanismos de regulação" - Dr. Carlos Luís Neves Gante Ribeiro - Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (registo 2482).

Cumpre-me informar Vossa Ex.ª que a Comissão de Ética para a Saúde dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., reunida em 12 de Abril de 2011, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do pedido mencionado em epígrafe, emitiu *parecer favorável* à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

Transmitido com o original
18/4/2011

H.U.C., E.P.E.
Direcção Clínica

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DOS HUC, E.P.E.

José Sousa Barros
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES

H. U. C., E. P. E.
Comissão de Ética para a Saúde

Recebida
2482 PCA
18 04 2011



HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Exm. Senhor
Dr. Carlos Luís Neves Gante Ribeiro

S/Refª	S/Comunicação	N/Ref.	Ofício n.º	Data
		PC	465/11	20.04.2011

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário a funcionários dos HUC

Tenho presente a carta de V. Exa., datada de 31 de Março de 2011, que agradeço.

De acordo com o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde dos HUC, que se anexa, e devido ao elevado interesse do trabalho para a compreensão da situação nos HUC informo que autorizo a aplicação do questionário pretendido.

Com os melhores cumprimentos, 

O Presidente do Conselho de Administração


(Prof. Doutor Fernando J. Regateiro)

C/c à Direcção Clínica

Anexo: Doc.

FJR/PS

Av. Bissaya Barreto / Pct.ª Prof. Mota Pinto
3000-075 Coimbra

e-mail: casec@huc.min-saude.pt

Tel.: 239 400 407 / 607
Fax: 239 822 291



Questionário sobre motivações para o exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas

Este questionário insere-se no âmbito de uma dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Tem por objectivo obter a opinião dos médicos sobre as motivações e valores presentes no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas.

Embora se trate duma matéria de grande importância para os sistemas de saúde existem poucos estudos que ajudem a compreender a situação em Portugal. É neste sentido que muito agradecemos a disponibilidade de cerca de 10 minutos necessários para o seu preenchimento.

As respostas são de carácter anónimo, garantindo-se que os respondentes não serão identificados em qualquer relatório de resultados.

Algumas questões ou afirmações poderão ser interpretadas como controversas. Estão incluídas no questionário para que possa expressar a sua opinião sobre elas.

Não existem respostas certas ou erradas para as perguntas do questionário. Estamos apenas interessados na sua opinião.

Este estudo tem o apoio financeiro do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Obrigado por nos dispensar o seu precioso tempo.

Se tiver alguma dúvida sobre este questionário, por favor, contacte:

Carlos Gante

publicoprivado1@gmail.com

Secção I – Dados pessoais e situação profissional

Por favor, indique a resposta que melhor o descreve bem como à sua situação de trabalho, assinalando no quadrado próprio.

1. Género
 - Masculino
 - Feminino

2. Idade
 - 25-34
 - 35-44
 - 45-54
 - 55-64
 - 65 ou mais

3. Especialidade: _____

4. Categoria profissional: _____

5. Conclusão do internato complementar. Ano: _____

6. Tipo de vínculo ao sector público:
 - Contrato de trabalho em funções públicas
 - Contrato individual de trabalho
 - Outro: _____

7. Vínculo ao sector público. Desde (ano): _____

8. Acumulação de funções públicas e privadas. Desde (ano): _____

9. Nº de horas, por semana, exercidas no sector público: _____

10. Nº de horas (média por semana) exercidas no sector privado: _____

11. Exercício no sector privado
 - Trabalho autónomo
 - Trabalho subordinado

Secção II – Motivação e valores relacionados com o exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas

1. Indique em que medida “discorda” ou “concorda” com cada uma das afirmações, abaixo indicadas assinalando a resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

1 = Discordo plenamente

2 = Discordo

3 = Indiferente

4 = Concordo

5 = Concordo plenamente

No sector privado os médicos têm melhores condições para organizar o seu trabalho	1	2	3	4	5
No sector privado os doentes escolhem os serviços de saúde em função do prestígio dos médicos	1	2	3	4	5
Na relação entre os meus trabalhos valorizo mais o sector público do que o privado	1	2	3	4	5
Se tivesse incentivos monetários no sector público deixava a prática privada	1	2	3	4	5
Os médicos com acumulação de funções privadas tendem a aceitar menos tarefas no sector público	1	2	3	4	5
Trabalhar no sector público contribui para aumentar a minha reputação profissional	1	2	3	4	5
Para os meus doentes, no sector privado, é uma mais-valia eu poder tratá-los no sector público caso seja necessário	1	2	3	4	5
No sector público a dificuldade em marcar, em tempo adequado, exames de diagnóstico e tratamentos constitui para mim um factor de desmotivação	1	2	3	4	5
No sector público sinto uma pressão sobre o meu trabalho (quantidade de trabalho, indicadores de produção e controlo sobre os custos) que considero pouco adequados	1	2	3	4	5
O sector público proporciona-me melhores condições de formação e treino para o desenvolvimento de novas competências	1	2	3	4	5
O sector público proporciona-me melhores condições no acesso à inovação tecnológica	1	2	3	4	5
Não deixo o sector público para não perder as referências com os meus colegas	1	2	3	4	5
Trabalhar simultaneamente no sector público e privado dá-me maior poder de influência junto dos meus pares	1	2	3	4	5
Admito a possibilidade de renunciar ao sector público	1	2	3	4	5

O sector privado é dependente do sector público porque utiliza profissionais treinados neste sector e concentra-se em áreas de actuação mais rentáveis	1	2	3	4	5
Na medida em que aumenta a possibilidade de escolha é benéfico para os doentes que os médicos trabalhem no sector público e privado	1	2	3	4	5
Na medida em que aumenta a oferta de cuidados é benéfico para o sistema de saúde a faculdade dada aos médicos de trabalharem no sector público e privado	1	2	3	4	5
O factor monetário é, para mim, uma motivação muito importante para exercer funções no sector privado	1	2	3	4	5
Na medida em que o meu prestígio profissional é um factor de atracção de doentes para a minha actividade privada sinto-me importante e influente	1	2	3	4	5
No sector privado sinto-me mais envolvido na gestão do que no sector público	1	2	3	4	5
No sector privado cabe-me a mim definir “quantos e quais” os doentes que trato	1	2	3	4	5
O reconhecimento do meu valor profissional, por parte dos meus colegas, é mais efectivo no sector privado	1	2	3	4	5
No sector privado sinto correspondência ao meu sentido empreendedor	1	2	3	4	5
No sector privado tenho melhor acessibilidade para marcar exames de diagnóstico e tratamentos aos meus doentes	1	2	3	4	5
No sector privado consigo acompanhar os doentes através do episódio inteiro da doença e isso para mim constitui um motivo de satisfação	1	2	3	4	5
Sinto-me confortável com o regime de acumulação de funções pois a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, em função da capacidade de pagar, é algo inevitável	1	2	3	4	5
O grau de autonomia para organizar o trabalho é maior no sector privado que no público	1	2	3	4	5
Trabalhar simultaneamente no sector público e privado propicia o desvio de doentes do sector público para o sector privado	1	2	3	4	5
O desenvolvimento do sector privado corresponde às falhas do sector público	1	2	3	4	5
A maior parte dos médicos tem uma conduta profissional íntegra e honesta no que se refere à articulação dos interesses entre o sector público e privado	1	2	3	4	5
Trabalhar simultaneamente no sector público e privado é um direito que considero inalienável	1	2	3	4	5
Os doentes que transitam do sector público para o sector privado correspondem aos casos clínicos menos complexos	1	2	3	4	5
O sector público oferece serviços com melhor qualidade técnica que o sector privado	1	2	3	4	5

Trabalhar simultaneamente no sector público e privado é uma vantagem competitiva pois tenho maior contacto com doentes com necessidade dos meus serviços	1	2	3	4	5
A acumulação de funções no sector público e privado propicia comportamentos, no sector público, favoráveis à formação de listas de espera	1	2	3	4	5
A acumulação de funções no sector público e privado propicia a utilização do sector público para efectuar exames ou tratamentos de doentes oriundos do sector privado	1	2	3	4	5
Deveria existir um código de conduta, específico, para regular a conduta dos profissionais que trabalham simultaneamente nos dois sectores	1	2	3	4	5

2. Ordene, por favor, de 1-5 as afirmações abaixo apresentadas de acordo com a importância relativa que lhe atribui.

Coloque “1” junto da questão que considera ser a **mais importante**. Coloque “2” junto da questão que considera ser a **segunda mais importante**, e assim por diante, até “5” para a questão que considera ser a **menos importante**.

Na ordenação das afirmações, não use mais do que uma vez o mesmo número.

Os motivos pelos quais acumulo funções privadas, para além das funções públicas, são:

	Ordene (p.f)
Porque obtenho maior rendimento económico	()
Porque tenho uma posição de influência estratégica	()
Porque tenho maior autonomia no trabalho	()
Porque obtenho maior reconhecimento, estatuto e valorização profissional	()
Porque tenho maior possibilidade de desenvolvimento das competências profissionais	()

Outros motivos: _____

Muito obrigado

O questionário deverá agora ser colocado no envelope e entregue no secretariado do serviço ou remetido pelo correio.

Envelope RSF – não necessita de selo



Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas

Este questionário insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, sob a orientação da Prof.^a Doutora Carlota Quintal, docente daquela Faculdade com o título “Pluriemprego médico em Portugal. Motivações, conflitos de interesses e mecanismos de regulação”.

A relevância do tema advém da relação positiva e negativa que as consequências do pluriemprego têm sobre a eficiência, a equidade e a qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

A presente fase do trabalho segue-se a uma inquérito que recolheu a opinião dos médicos sobre as motivações e valores presentes no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas. Nesta fase pretende-se obter a opinião de peritos sobre medidas para minimizar os eventuais efeitos adversos decorrentes dessa prática e contribuir para a definição de mecanismos associados à regulação.

Embora se trate duma matéria de grande importância existem poucos estudos que ajudem a compreender a situação em Portugal. É neste sentido que muito agradecemos a disponibilidade de cerca de 10 minutos necessários para o seu preenchimento.

As respostas são de carácter anónimo, garantindo-se que os respondentes não serão identificados em qualquer relatório de resultados.

Algumas questões ou afirmações poderão ser interpretadas como controversas. Estão incluídas no questionário para que possa expressar a sua opinião sobre elas.

Este estudo tem o apoio financeiro do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Obrigado por nos dispensar o seu precioso tempo.

Se tiver alguma dúvida sobre este questionário, por favor, contacte:
Carlos Gante
publicoprivado1@gmail.com

Conflitos de interesses e regulação no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas

Secção I

Nesta secção apresentamos algumas medidas elaboradas com base na literatura relevante e em experiências internacionais. Estas medidas poderiam ser adoptadas no sistema de saúde português, de forma alternativa ou conjugada, com o objectivo de impedir ou minimizar os conflitos de interesses e os eventuais efeitos perversos presentes no exercício da medicina em regime de acumulação de funções públicas e privadas.

Ponderando a necessidade, a exequibilidade e a eficácia dessas medidas para o nosso sistema de saúde, indique, por favor, em que medida “discorda” ou “concorda” com cada uma das afirmações, abaixo indicadas, assinalando a resposta que melhor corresponde **à sua opinião**, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Discordo plenamente
- 2 = Discordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Concordo
- 5 = Concordo plenamente

- 1. Os médicos que trabalham no sector público e privado devem manter um registo actualizado, que permita a consulta pública, dos seus interesses privados que resultem do exercício da medicina ou da participação em empresas de saúde.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

- 2. No sector público a informação sobre tempos de espera para a realização de meios de diagnóstico e de tratamento deve ser prestada por entidade independente não podendo ser prestada por médicos que acumulam funções no sector privado.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

- 3. No sector público o director do serviço ou do departamento tem obrigatoriamente dedicação exclusiva ao sector público.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

4. **No sector privado os médicos não podem receber e tratar doentes referenciados pela instituição pública a que esses profissionais se encontram vinculados.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

5. **Os médicos não podem referenciar para instituição pública, a que se encontram vinculados, doentes com origem na sua actividade privada (com excepção das situações de urgência).**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

6. **No sector público os médicos não podem fazer promoção directa ou indirecta dos seus serviços privados, nem fazer publicidade aos seus serviços privados referindo os cargos ou categorias profissionais do sector público.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

7. **Os colaboradores contratados pelos médicos para desenvolverem actividade privada não podem ter vínculo contratual à instituição pública a que os médicos se encontram vinculados.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

8. **No sector público só podem aceder à categoria mais elevada da carreira os médicos com dedicação exclusiva.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

9. **O Ministério da Saúde deve criar a possibilidade e regulamentar o exercício da clínica privada em instalações públicas por médicos do Serviço Nacional de Saúde.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

10. **O governo deve introduzir restrições relativamente às quantidades máximas de serviços e de rendimentos que podem ser realizados no sector privado em acumulação de funções.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

11. **O governo deve estabelecer efectivos mecanismos de fiscalização para dissuadir eventuais práticas menos correctas resultantes do exercício concomitante no sector público e privado.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

12. **Deve existir um código de conduta, específico, para regular a conduta dos profissionais que trabalham simultaneamente nos sectores público e privado.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

13. **As medidas enunciadas em 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8, integram o código de conduta dos médicos que trabalham simultaneamente nos sectores público e privado, constituem-se como obrigações laborais e fazem parte do contrato de trabalho celebrado entre estes e o Serviço Nacional de Saúde.**

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

14. No sector público deve ser fomentada a contratação de médicos com incentivos ao desempenho porque contribui para o aumento da produtividade e para a diminuição dos efeitos perversos resultantes da acumulação de funções públicas e privadas.

Necessidade	1	2	3	4	5
Exequibilidade	1	2	3	4	5
Eficácia	1	2	3	4	5

Secção II

Ordene, por favor, de 1-7 as afirmações abaixo apresentadas de acordo com a importância relativa que lhe atribui.

Coloque “1” junto da questão que considera ser a **mais importante**. Coloque “2” junto da questão que considera ser a **segunda mais importante**, e assim por diante, até “7” para a questão que considera ser a **menos importante**.

Na ordenação das afirmações, não use mais do que uma vez o mesmo número.

Para minorar os eventuais efeitos negativos da acumulação de funções públicas e privadas considero que, em Portugal, se deveriam adoptar as seguintes medidas:

	Ordene (p.f)
Proibir a acumulação de funções públicas e privadas.	()
Introduzir restrições ao rendimento privado.	()
Retomar a oferta de contratos com dedicação exclusiva.	()
Criar a possibilidade do exercício de clínica privada em instalações públicas.	()
Aumentar a transparência relativamente aos interesses dos profissionais.	()
Estabelecer mecanismos efectivos de fiscalização.	()
Promover mecanismos de auto-regulação.	()

Outras medidas: _____

Muito obrigado

O questionário deverá agora ser colocado no envelope e remetido pelo correio

Envelope RSF – não necessita de selo

Análise da Diferenças

```
ONEWAY possivel_ren_pub14 BY anos_acum_bin
  /STATISTICS HOMOGENEITY
  /MISSING ANALYSIS
  /POSTHOC=TUKEY T2 ALPHA(0.05).
```

Oneway

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Test of Homogeneity of Variances

possivel_ren_pub(14)

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,874	2	107	,420

ANOVA

possivel_ren_pub(14)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	27,887	2	13,944	8,710	,000
Within Groups	171,286	107	1,601		
Total	199,173	109			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable:possivel_ren_pub(14)

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Tukey HSD	,00	1,00	-1,042	,307	,003
		2,00	,054	,297	,982
	1,00	,00	1,042	,307	,003
		2,00	1,095*	,287	,001
	2,00	,00	-,054	,297	,982
		1,00	-1,095*	,287	,001
Tamhane	,00	1,00	-1,042	,323	,006
		2,00	,054	,296	,997
	1,00	,00	1,042	,323	,006
		2,00	1,095*	,283	,001
	2,00	,00	-,054	,296	,997
		1,00	-1,095*	,283	,001

Multiple Comparisons

Dependent Variable:possivel_ren_pub(14)

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	,00	1,00	-1,77	-,31
		2,00	-,65	,76
	1,00	,00	,31	1,77
		2,00	,41	1,78
	2,00	,00	-,76	,65
		1,00	-1,78	-,41
Tamhane	,00	1,00	-1,83	-,25
		2,00	-,67	,78
	1,00	,00	,25	1,83
		2,00	,40	1,79
	2,00	,00	-,78	,67
		1,00	-1,79	-,40

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

possivel_ren_pub(14)

	anos_acum_bin	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b}	2,00	42	2,07	
	,00	32	2,13	
	1,00	36		3,17
	Sig.			,982

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36,216.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

```

ONEWAY autonomia_agrupado_6 BY anos_acum_bin
  /STATISTICS HOMOGENEITY
  /MISSING ANALYSIS
  /POSTHOC=TUKEY T2 ALPHA(0.05) .

```

Oneway

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Test of Homogeneity of Variances

autonomia_agrupado_6

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,443	2	107	,644

ANOVA

autonomia_agrupado_6

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,458	2	1,729	3,062	,051
Within Groups	60,426	107	,565		
Total	63,884	109			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: autonomia_agrupado_6

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Tukey HSD	,00	1,00	-,45139	,18258	,039
		2,00	-,22321	,17633	,418
	1,00	,00	,45139	,18258	,039
		2,00	,22817	,17068	,378
	2,00	,00	,22321	,17633	,418
		1,00	-,22817	,17068	,378
Tamhane	,00	1,00	-,45139	,18010	,044
		2,00	-,22321	,18437	,544
	1,00	,00	,45139	,18010	,044
		2,00	,22817	,16509	,430
	2,00	,00	,22321	,18437	,544
		1,00	-,22817	,16509	,430

Multiple Comparisons

Dependent Variable: autonomia_agrupado_6

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	,00	1,00	-,8853	-,0174
		2,00	-,6423	,1959
	1,00	,00	,0174	,8853
		2,00	-,1775	,6338
	2,00	,00	-,1959	,6423
		1,00	-,6338	,1775
Tamhane	,00	1,00	-,8934	-,0094
		2,00	-,6749	,2284
	1,00	,00	,0094	,8934
		2,00	-,1749	,6312
	2,00	,00	-,2284	,6749
		1,00	-,6312	,1749

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

autonomia_agrupado_6

	anos_acum_bin	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a, b}	,00	32	3,3125	
	2,00	42	3,5357	3,5357
	1,00	36		3,7639
	Sig.		,419	,403

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36,216.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

```

ONEWAY estatuto_agrupado BY anos_acum_bin
  /STATISTICS HOMOGENEITY
  /MISSING ANALYSIS
  /POSTHOC=TUKEY T2 ALPHA(0.05) .

```

Oneway

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Test of Homogeneity of Variances

estatuto_agrupado

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,819	2	107	,444

ANOVA

estatuto_agrupado

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,844	2	2,422	2,867	,061
Within Groups	90,404	107	,845		
Total	95,248	109			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: estatuto_agrupado

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Tukey HSD	,00	1,00	-,53472	,22332	,048
		2,00	-,28274	,21568	,392
	1,00	,00	,53472	,22332	,048
		2,00	,25198	,20877	,452
	2,00	,00	,28274	,21568	,392
		1,00	-,25198	,20877	,452
Tamhane	,00	1,00	-,53472	,24075	,087
		2,00	-,28274	,21864	,490
	1,00	,00	,53472	,24075	,087
		2,00	,25198	,20123	,516
	2,00	,00	,28274	,21864	,490
		1,00	-,25198	,20123	,516

Multiple Comparisons

Dependent Variable: estatuto_agrupado

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	.00	1,00	-1,0655	-,0039
		2,00	-,7954	,2299
	1,00	.00	,0039	1,0655
		2,00	-,2442	,7482
	2,00	.00	-,2299	,7954
		1,00	-,7482	,2442
Tamhane	.00	1,00	-1,1251	,0556
		2,00	-,8205	,2551
	1,00	.00	-,0556	1,1251
		2,00	-,2405	,7445
	2,00	.00	-,2551	,8205
		1,00	-,7445	,2405

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

estatuto_agrupado

	anos_acum_bin	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD ^{a, b}	.00	32	2,8125	
	2,00	42	3,0952	3,0952
	1,00	36		3,3472
	Sig.			,393

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36,216.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

```

ONEWAY estrategia_agrupado BY anos_acum_bin
  /STATISTICS HOMOGENEITY
  /MISSING ANALYSIS
  /POSTHOC=TUKEY T2 ALPHA(0.05) .

```

Oneway

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Test of Homogeneity of Variances

estrategia_agrupado

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,932	2	107	,150

ANOVA

estrategia_agrupado

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,551	2	1,775	3,131	,048
Within Groups	60,674	107	,567		
Total	64,225	109			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: estrategia_agrupado

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Tukey HSD	,00	1,00	-,35156	,18295	,138
		2,00	-,42299 [*]	,17670	,048
	1,00	,00	,35156	,18295	,138
		2,00	-,07143	,17103	,908
	2,00	,00	,42299	,17670	,048
		1,00	,07143	,17103	,908
Tamhane	,00	1,00	-,35156	,18081	,160
		2,00	-,42299	,18813	,081
	1,00	,00	,35156	,18081	,160
		2,00	-,07143	,16252	,961
	2,00	,00	,42299	,18813	,081
		1,00	,07143	,16252	,961

Multiple Comparisons

Dependent Variable: estrategia_agrupado

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	,00	1,00	-,7864	,0833
		2,00	-,8430	-,0030
	1,00	,00	-,0833	,7864
		2,00	-,4779	,3351
	2,00	,00	,0030	,8430
		1,00	-,3351	,4779
Tamhane	,00	1,00	-,7958	,0927
		2,00	-,8840	,0380
	1,00	,00	-,0927	,7958
		2,00	-,4682	,3254
	2,00	,00	-,0380	,8840
		1,00	-,3254	,4682

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

estrategia_agrupado

anos_acum_bin	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Tukey HSD ^{a,b}			
,00	32	3,0234	
1,00	36	3,3750	3,3750
2,00	42		3,4464
Sig.		,120	,914

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 36,216.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

```

ONEWAY Competencias BY anos_acum_bin
  /STATISTICS HOMOGENEITY
  /MISSING ANALYSIS
  /POSTHOC=TUKEY T2 ALPHA(0.05) .

```

Oneway

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Test of Homogeneity of Variances

Competencias

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,281	2	105	,756

ANOVA

Competencias

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	11,033	2	5,516	3,189	,045
Within Groups	181,634	105	1,730		
Total	192,667	107			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable:Competencias

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Tukey HSD	,00	1,00	-,572	,322	,182
		2,00	,168	,310	,850
	1,00	,00	,572	,322	,182
		2,00	,741*	,303	,042
	2,00	,00	-,168	,310	,850
		1,00	-,741*	,303	,042
Tamhane	,00	1,00	-,572	,319	,214
		2,00	,168	,301	,924
	1,00	,00	,572	,319	,214
		2,00	,741	,311	,059
	2,00	,00	-,168	,301	,924
		1,00	-,741	,311	,059

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Competencias

	(I) anos_acum_bin	(J) anos_acum_bin	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	.00	1,00	-1,34	,19
		2,00	-,57	,91
	1,00	.00	-,19	1,34
		2,00	,02	1,46
	2,00	.00	-,91	,57
		1,00	-1,46	-,02
Tamhane	.00	1,00	-1,35	,21
		2,00	-,57	,90
	1,00	.00	-,21	1,35
		2,00	-,02	1,50
	2,00	.00	-,90	,57
		1,00	-1,50	-,02

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Homogeneous Subsets

Competencias

	anos_acum_bin	N	Subset for alpha = 0.05
			1
Tukey HSD ^{a,b}	2,00	41	2,49
	.00	32	2,66
	1,00	35	3,23
	Sig.		,050

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 35,625.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

```
T-TEST GROUPS=especialidade_bin(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=possivel_ren_pub14
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Group Statistics

	especialidade_bin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
possivel_ren_pub(14)	,00	28	2,93	1,464	,277
	1,00	82	2,28	1,279	,141

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
possivel_ren_pub(14)	Equal variances assumed	,891	,347
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		t	df	Sig. (2-tailed)
possivel_ren_pub(14)	Equal variances assumed	2,230	108	,028
	Equal variances not assumed	2,086	41,966	,043

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		Mean Difference	Std. Error Difference
possivel_ren_pub(14)	Equal variances assumed	,648	,291
	Equal variances not assumed	,648	,311

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
possivel_ren_pub(14)	Equal variances assumed	,072	1,224
	Equal variances not assumed	,021	1,275

```
T-TEST GROUPS=Genero(1 2)
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=possivel_ren_pub14
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Group Statistics

	Genero	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
possivel_ren_pub(14)	1	66	2,50	1,395	,172
	2	44	2,36	1,296	,195

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
possivel_ren_pub(14)	Equal variances assumed	,329	,568
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		t	df	Sig. (2-tailed)
possivel_ren_pub(14)	Equal variances assumed	,517	108	,607
	Equal variances not assumed	,524	96,874	,601

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		Mean Difference	Std. Error Difference
possivel_ren_pub(14)	Equal variances assumed	,136	,264
	Equal variances not assumed	,136	,260

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
possivel_ren_pub(14)	Equal variances assumed	-,387	,660
	Equal variances not assumed	-,380	,653

```
T-TEST GROUPS=especialidade_bin(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=autonomia_agrupado_6
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Group Statistics

		especialidade_bin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
autonomia_agrupado_6	.00		28	3,9464	,77254	,14600
	1.00		82	3,4085	,71777	,07926

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
autonomia_agrupado_6	Equal variances assumed	,195	,659
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		t	df	Sig. (2-tailed)
autonomia_agrupado_6	Equal variances assumed	3,358	108	,001
	Equal variances not assumed	3,238	43,989	,002

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		Mean Difference	Std. Error Difference
autonomia_agrupado_6	Equal variances assumed	,53789	,16019
	Equal variances not assumed	,53789	,16613

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
autonomia_agrupado_6	Equal variances assumed	,22037	,85541
	Equal variances not assumed	,20309	,87270

```
T-TEST GROUPS=Genero(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=autonomia_agrupado_6
/CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

[DataSet1] G:\Dual practice\motiva-sem-missing.sav

Group Statistics

	Genero	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
autonomia_agrupado_6	1	66	3,4848	,73131	,09002
	2	44	3,6364	,81434	,12277

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
autonomia_agrupado_6	Equal variances assumed	,270	,604
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		t	df	Sig. (2-tailed)
autonomia_agrupado_6	Equal variances assumed	-1,017	108	,311
	Equal variances not assumed	-,995	85,347	,322

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		Mean Difference	Std. Error Difference
autonomia_agrupado_6	Equal variances assumed	-,15152	,14897
	Equal variances not assumed	-,15152	,15223

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
autonomia_agrupado_6	Equal variances assumed	-,44681	,14378
	Equal variances not assumed	-,45418	,15115

