

**O EFEITO DOS MECANISMOS DE CONTROLE E RECOMPENSA ADOTADOS
PELO SETOR PRIVADO DA SAÚDE NA PREFERÊNCIA POR RECOMPENSA
DOS MÉDICOS: UM ESTUDO COMPARATIVO COM CIRURGIÕES DE COLUNA**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA E DE EMPRESAS PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

EDUARDO WINSTON SILVA

RIO DE JANEIRO – 2017

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS
MESTRADO EXECUTIVO EM GESTÃO EMPRESARIAL

**O EFEITO DOS MECANISMOS DE CONTROLE E RECOMPENSA ADOTADOS
PELO SETOR PRIVADO DA SAÚDE NA PREFERÊNCIA POR RECOMEPENSA
DOS MÉDICOS: UM ESTUDO COMPARATIVO COM CIRURGIÕES DE COLUNA**

EDUARDO WINSTON SILVA

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Gestão Empresarial da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração.

**RIO DE JANEIRO
2017**

Silva, Eduardo Winston

O efeito dos mecanismos de controle e recompensa adotados pelo setor privado da saúde na preferência por recompensa dos médicos : um estudo comparativo com cirurgiões de coluna / Eduardo Winston Silva. – 2017.
87 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Joaquim Rubens Fontes Filho.

Inclui bibliografia.

1. Hospitais - Administração. 2. Saúde - Administração. 3. Serviços de saúde. I. Fontes Filho, Joaquim Rubens. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD – 658.9136211


EDUARDO WINSTON SILVA

"O EFEITO DOS MECANISMOS DE CONTROLE E RECOMPENSA ADOTADOS PELO SETOR PRIVADO DA SAÚDE NA PREFERÊNCIA POR RECOMPENSA DOS MÉDICOS: UM ESTUDO COMPARATIVO COM CIRURGIÕES DE COLUNA".

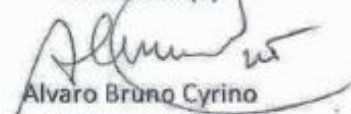
Dissertação apresentado(a) ao Curso de Mestrado Profissional Executivo em Gestão Empresarial do(a) Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas para obtenção do grau de Mestre(a) em Administração.

Data da defesa: 13/12/2017

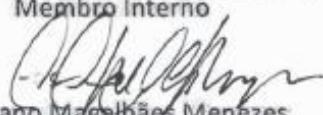
ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA



Joaquim Rubens Fontes Filho
Orientador(a)



Alvaro Bruno Cyrino
Membro Interno



Cristiano Magalhães Menezes
Membro Externo

Aos meus filhos, Breno e Milena.

AGRADECIMENTOS

A realização do curso de Mestrado mudou, de maneira definitiva, a forma pela qual enxergo o mundo. Agradeço aos professores por provocarem as reflexões e instigarem o senso crítico. Em especial, agradeço ao Professor Joaquim Rubens pela orientação e suporte durante a realização deste trabalho.

À sensacional turma do MEX 2016. A lembrança dos dias de convívio com todos é algo que levarei para sempre na memória.

Ao meus pais, Elinei e Anália que dedicaram suas vidas à formação dos filhos.

Aos meus irmãos, Felipe e Erick. Não há distância que possa nos separar.

À minha amada esposa, Roberta. Foi ela que me incentivou a buscar o Mestrado, que me manteve firme nos momentos mais difíceis, que suportou toda a carga das responsabilidades familiares na minha ausência.

Aos meus filhos, meus amores, Breno e Milena; que apesar da pouca idade entenderam a ausência do pai em diversas ocasiões. O sorriso de vocês é a minha maior inspiração.

RESUMO

Objetivo – Este estudo pretende avaliar o impacto dos mecanismos de controle institucionais adotados pelo sistema de saúde no comportamento dos médicos, mais especificamente em sua preferência por recompensa.

Metodologia – Aplicação de *survey* com questionário de preferência por recompensa em valores adaptado de Costa, Salles e Fontes Filho (2010). Os respondentes foram agrupados conforme aspectos de sua prática médica para efeito de comparação de suas preferências. Utilizamos o teste estatístico ANOVA para comparação das médias com validação da significância estatística das diferenças através do teste de Kruskal-Wallis.

Resultados – Os resultados da pesquisa refutaram a hipótese que haveria diferença estatisticamente significativa na preferência por recompensa para os distintos grupos de médicos. Contudo, achamos diferenças significativas nas preferências dos grupos pelos valores “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas” e “Deixar um legado para a minha especialidade”.

Limitações - A pesquisa não levanta os motivos que estariam influenciando nas preferências por recompensa e valores destes profissionais. Pesquisas futuras podem aprofundar neste sentido.

Contribuições Práticas - A partir dos resultados desta pesquisa, administradores da cadeia da saúde podem revisar os modelos de remuneração dos médicos levando em conta suas preferências expressas.

Contribuições Sociais – A pesquisa acerca das influências do ambiente normativo nas preferências dos médicos pode auxiliar na compreensão acerca dos comportamentos destes profissionais.

Originalidade - Este estudo oferece uma abordagem nova para comportamentos disfuncionais dos médicos.

Palavras-chave: Cirurgiões, Coluna Vertebral, Médicos, Preferência por recompensa e valores, Sistema de saúde suplementar, Teoria de *Crowding-out* Motivacional.

ABSTRACT

Purpose - The present study aims to evaluate the impact institutional controlling mechanisms adopted by the private healthcare market on physicians' (Medical Doctors) behavior, moreover their preference for rewards.

Methodology - We proposed a survey with a preference for reward and values scale adapted from Costa; Salles and Fontes Filho (2010). Physicians were grouped according to their medical practices and the averages of their preferences were compared thru an ANOVA test. A Kurskall-Wallis test was performed to validate differences significance.

Findings – research results led us to refuse the hypothesis of significative difference on the preferences of the Physicians groups. Nevertheless, we've found significative differences on “Cultivating friendship and friendly relations with colleagues” and “Leave a legacy to my speciality”.

Research Limitations – The research didn't dive into the motives that influence Physicians preferences for rewards and values. Additional studies can shed light on this topic.

Practical Implications – By using the research results, health care administrators can revisit Physicians compensation models, considering their preferences.

Social Implications – The research on the influences of the normative environment on Physicians preferences can drive the comprehension about these professional's behaviors.

Originality – This study brings a new approach to the Physicians dysfunctional behaviors.

Key Words: Spine surgeons, Surgeons, Physicians, Preference for reward and values, Health care reimbursement models, Crowding-out Theory

Índice de Tabelas

Tabela 1: Análise da variância de preferências por recompensa por tipo de organização.....	38
Tabela 2: Motivação por estudar medicina.....	40
Tabela 3: Respostas por categoria média.....	64
Tabela 4: Análise da variância por idade e por tempo de formado	65
Tabela 5: Análise da variância dos rankings de preferências por recompensa por tipo de atividade médica/categoria.....	68
Tabela 6: Teste de Bonferroni da variável “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas”	69
Tabela 7: Bonferroni da variável “Deixar um legado para a minha especialidade”	69

Índice de Figuras

Figura 1: Cadeia de valor da saúde	43
Figura 2: As características e as falhas de mercado das relações que são estabelecidas entre os participantes do setor de saúde suplementar.	47

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Contextualização	13
1.1.1	Setor da Saúde.....	13
1.1.2	Desafios do Custeio da Saúde.....	15
1.1.3	Cadeia de Valor da Saúde	17
1.1.4	O Papel do Médico na Cadeia da Saúde	19
1.2	Objetivo de Pesquisa.....	23
1.3	Relevância do Tema.....	24
1.4	Justificativa pela Escolha do Tema.....	25
1.5	Delimitação da Pesquisa	26
2	REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1	Mecanismos de Motivação	27
2.2	Fatores Intrínsecos de Motivação	29
2.3	Efeito Crowding Out.....	31
2.4	Preferência por Remuneração e Valores	35
2.5	Perfil e Preferência por Remuneração dos Médicos	38
2.6	Sistema de Saúde Suplementar	41
2.7	Conflitos de Agência na Saúde.....	44
2.8	Corrupção Médica	50
3	MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	56
3.1.1	Pagamento por Serviço (Fee for Service)	57
3.1.2	Pagamento por Protocolo (Bundled Payment)	58
3.1.3	Capitação (Capitation “Managed Care”)	58
3.1.4	Remuneração por Performance (Pay for Performance)	59
4	METODOLOGIA	63
5	RESULTADOS DA PESQUISA	67
6	CONCLUSÕES.....	71
6.1	Resultados Adicionais	73
6.2	Implicações Acadêmicas e para o Sistema de Saúde.....	74
6.3	Recomendações de Trabalhos Futuros	75
	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	77
	ANEXO I: TABELA DE EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER	83

ANEXO II TABELA DE EXPECTATIVA DE VIDA SAUDÁVEL AO NASCER	84
ANEXO III QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	85

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

1.1.1 Setor da Saúde

A expectativa de vida ao nascimento é um dos indicadores utilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para acompanhar a evolução do setor e, conforme os dados fornecidos da própria organização, todas as regiões do planeta vem apresentando avanços significativos neste indicador, conforme depreende-se da tabela reproduzida no anexo I deste estudo.

Embora uma série de fatores influencie este indicador, é possível traçar uma relação com a melhoria nos métodos de prevenção e controle de doenças, com o desenvolvimento de ferramentas mais refinadas de diagnóstico e com a descoberta de tratamentos que promovem a cura ou redução dos sintomas de diversas enfermidades. De fato, tais avanços trazem não apenas impactos na expectativa de vida, como também da qualidade da mesma, conforme podemos observar na tabela de Expectativa de Vida Saudável no Nascimento, publicada também pela OMS e reproduzido na tabela 9, igualmente anexada ao presente trabalho.

Ainda que não seja possível realizar uma avaliação completa da saúde somente com base nestes dois indicadores, os mesmos de fato sugerem avanços no setor. No entanto, a despeito de tais avanços, a cadeia da saúde enfrenta grandes desafios. A trajetória explosiva dos custos, a baixa percepção da qualidade dos serviços por parte dos usuários e a notória insatisfação de grande parte dos *players* da cadeia da saúde, tem ensejado a discussão acerca de novos modelos de organização para o setor em grande parte dos países industrializados (FERRAL; GREGORY; THOLL, 1998). Tais desafios levaram Porter e Teisberg (2006) a afirmar que:

No one is happy with the current system, not patients, who worry about the cost of insurance and the quality of care; not employers, who face escalating premiums and unhappy employees; not physicians and other providers,

whose incomes have been squeezed, professional judgements overridden, and workdays overwhelmed with bureaucracy and paperwork; not health plans, which are routinely vilified; not suppliers of drugs and medical devices, which have introduced many life-saving or life-enhancing therapies but get blamed for driving up costs; and not governments, whose budgets are spinning out of control (PORTER e TEISBERG, 2006, p.1-2).

Embora o trecho faça referência ao mercado americano de saúde, o mesmo cenário se verifica em diversos outros países, justificando a urgência da discussão acerca da reorganização do setor. Naturalmente, tal discussão tem atraído atenção crescente de pesquisadores de diversas áreas, dentre as quais a Administração. Com isso, é possível distinguir algumas linhas de pensamento exercendo influência no debate. Dentre estas, tem destaque a corrente que aponta como solução o alinhamento dos incentivos monetários a objetivos específicos pré-definidos; e a implementação de mecanismos robustos de mensuração, controle, fiscalização e punição dos agentes (BESSA, 2011; DAVID, 2001; GRAVELLE; SUTTON; MA, 2009; KOYAMA, 2006; PORTER; KAPLAN, 2016; PORTER; LEE, 2016; PORTER; TEISBERG, 2006; RAI, 2017; RICE, 1983). Em contraponto, alguns autores questionam tais modelos, argumentando que, de fato, estes promovem um deslocamento da percepção dos agentes acerca de sua própria inserção no sistema, desviando-os da motivação intrínseca que têm para desempenhar com excelência suas funções (HIMMELSTEIN; ARIELY, 2014; OLIVER; BROWN, 2011; WOOLHANDLER; ARIELY; HIMMELSTEIN, 2012).

Embora a discussão acerca dos modelos de organização do setor da saúde seja abrangente, envolvendo desde políticas governamentais até hábitos da população, a formação e atuação dos médicos tem papel relevante. Carapinheiro (1991) aponta o "poder-saber" que estes profissionais guardam na cadeia da saúde, enquanto Pedroso e Malik (2016) levantam que, em média, estes profissionais decidem em 18 segundos sobre o tratamento que irão indicar aos seus pacientes.

Neste contexto, é importante entender os mecanismos que tais profissionais utilizam quando tomam suas decisões e identificar as suas preferências por recompensa, *vis-à-vis* outros aspectos que podem contribuir na formação deste conhecimento. Mais especificamente, pretende-se verificar se o ambiente institucional que estes profissionais estão inseridos é capaz de alterar tais preferências e, desta

forma, contribuir para a discussão acerca do modelo de organização do setor. Este, portanto, é o objetivo de nossa pesquisa.

1.1.2 Desafios do Custeio da Saúde

Conforme demonstrado através dos dados da Organização Mundial de Saúde, as pessoas, de forma geral, estão vivendo de maneira ativa por mais tempo. Embora seja este, de fato, o principal objetivo do setor, tal avanço traz intrinsicamente um desafio para o seu custeio.

A saúde é, em muitos casos, um serviço cuja oferta induz automaticamente a demanda. A descoberta de um novo exame capaz de diagnosticar doenças até então indetectáveis ou desconhecidas pode, *per se*, gerar automaticamente a demanda. Na mesma linha, a descoberta da cura para determinada doença deve fazer com que todos aqueles indivíduos que são portadores da mesma passem, automaticamente, a demandá-la. Tais características enquadram a oferta de saúde nos preceitos da “Lei de Roemer”, de autoindução da demanda (SATO, 2007).

Adicionalmente, temos uma baixa elasticidade-preço na demanda por serviços de saúde. De maneira geral, quando falamos de serviços de saúde, não devemos considerar a demanda como uma decisão autônoma, mas uma necessidade. Portanto, o consumidor estaria disposto a pagar o que fosse preciso para obter seu tratamento (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2005).

Por fim, temos na cadeia da saúde a aplicação intensiva de capital em pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias. Estas, por sua vez, exigem a formação de pessoal com alta especialização. Todos estes fatores levam a uma trajetória crescente nos custos do tratamento. Neste ponto, vale ressaltar que:

Na saúde, a tecnologia assume um papel simbólico importante. Ela é o conforto e a garantia de que o conhecimento humano foi utilizado no máximo do seu potencial atual na solução dos problemas individuais. O público demanda, exige, que a prática médica seja calcada na “melhor” tecnologia disponível. O resultado foi que, devido ao crescente aumento da competição industrial, tanto na área farmacêutica como na de equipamentos, a manutenção das taxas de retorno dos investimentos realizados dependia de

um uso extensivo da tecnologia e, portanto, de um aumento crescente dos custos da prática médica. Constrói-se, assim, um cenário explosivo – de um lado, um crescimento vertiginoso da oferta; de outro, uma forte pressão de demanda – cujo resultado é evidente. Os gastos com a saúde aumentam de forma exponencial em praticamente todos os países (VIANNA, 2002, p. 380).

Tais características levaram, na maioria das sociedades, a constituição de sistemas de socialização de riscos relacionados à promoção da saúde. Estes sistemas podem se dar através de mecanismos de seguridade social, onde o poder público assume a responsabilidade pela oferta adequada de serviços de saúde à população; ou pela inserção do setor privado para atendimento de parte da população. No Brasil, este sistema é denominado Sistema de Saúde Suplementar.

Notadamente, ambos os sistemas, público e privado, se complementam no atendimento à diferentes perfis e necessidades. No Brasil, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS, 2017), cerca de 47,4 milhões de pessoas contavam com a cobertura de planos privados de saúde. Tal número corresponde a aproximadamente 23% da população do país (IBGE, 2017). Existem diferentes modalidades de operadoras de planos de saúde e estas são classificadas pela RDC Nº 39/2000 (ANS, 2000) entre: Autogestões, Cooperativas Médicas, Medicinas de Grupo e Seguradoras (BALDASSARE, 2014). Embora diferentes em sua estrutura social, todas estas empresas ofertam semelhante serviço. A lógica que rege o segmento é que os custos associados a utilização dos serviços de saúde podem ser onerosos a ponto de inviabilizar sua contratação direta pelo indivíduo demandante. Adicionalmente, a quantidade ou qualidade demandada por este indivíduo pode estar indisponível no sistema público de saúde. Portanto, estas empresas oferecem uma espécie de seguro que cobre eventuais necessidades de gastos decorrentes de exames ou tratamentos de saúde (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2005).

Assim, a solução para fazer frente ao custeio dos gastos associados à assistência médica veio, primordialmente, através de mecanismos de socialização de riscos. Contudo, embora tal solução seja eficaz em prover aos indivíduos acesso às tecnologias desenvolvidas para o tratamento da saúde, ela não impede a trajetória crescente dos custos. De fato, a dissociação entre o usuário e o pagador dos serviços provocaria uma tendência a sobre utilização potencializando a pressão sobre os custos do segmento (OCKÉ-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2005).

1.1.3 Cadeia de Valor da Saúde

A cadeia de valor da saúde é extremamente complexa, com diversos players e distintos modelos de funcionamento coexistindo em um ambiente de ampla assimetria de informação (PEDROSO; MALIK, 2016). Pedroso e Malik (2015) elaboram um modelo de relacionamento da cadeia de valores da saúde composto por nove elos, cada qual contendo um conjunto específico de atividades:

- i. **Conhecimento:** definido como principal insumo e ponto de partida da cadeia de valor. Neste segmento se encerram as atividades de pesquisa básica, pesquisa avançada e transmissão de conhecimento.
- ii. **Fornecimento de Produtos e Tecnologias:** representa a tangibilização do conhecimento em diferentes classes de produtos; fármacos, produtos biotecnológicos, equipamentos médico-hospitalares, órteses e próteses, materiais de consumo médico e tecnologia da informação. Compõem o complexo médico-industrial (SILIANSKI DE ANDREAZZI; MACHADO KORNIS, 2008).
- iii. **Serviços de Saúde:** caracteriza o atendimento ao consumidor final e englobam atividades como; diagnóstico, tratamento, reabilitação, proteção da saúde e prevenção de doenças, monitoramento e gestão de doenças crônicas além da promoção da saúde.
- iv. **Intermediação Financeira:** tem como função principal a diluição dos riscos, angariação e repasse dos recursos aos demais agentes. Pode ser realizada tanto pelo poder público como pelo poder privado quando constitui o complexo médico-financeiro (SILIANSKI DE ANDREAZZI; MACHADO KORNIS, 2008).
- v. **Financiamento da Saúde:** enquanto o elo anterior executa somente a intermediação, este elo é aquele que efetivamente financia a cadeia. Quando o serviço é provido pelo setor público temos o Governo no papel de financiador enquanto no setor privado temos as empresas e os indivíduos suportando os gastos.

- vi. **Consumo:** neste elo da cadeia temos primordialmente os pacientes que estão utilizando os serviços de saúde. Contudo, uma vez que a cadeia engloba ainda prevenção, reabilitação e outros pontos de contato que não o tratamento das doenças; indivíduos saudáveis e mesmo as empresas são também consumidores na cadeia. Estes, estariam no último elo vertical (encadeado) da cadeia da saúde.

Complementando a mesma, teríamos ainda outros três elos horizontais:

- vii. **Regulação do Sistema:** responsável pela normatização e fiscalização das atividades do setor. No Brasil, este elo é representado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- viii. **Distribuição de Produtos e Serviços de Saúde:** Este elo seria composto pelas empresas distribuidoras de produtos de saúde, empresas de comércio de serviços de saúde além do varejo (generalista ou especializado) de produtos relacionados.
- ix. **Serviços de Apoio e Complementares:** englobam, por exemplo; serviços financeiros, tributários, jurídicos, aduaneiros, logísticos, de tecnologia da informação, manutenção e engenharia.

Temos, portanto, um segmento que concentra alto volume de recursos financeiros, cerca de 10% do PIB mundial em 2014 (OMS, 2016), cuja natureza essencial do serviço, dado a sua dimensão, demonstra a sua relevância.

Assim, trata-se de um sistema caracterizado por uma intrincada cadeia de valor, com a presença de *players* de distintas naturezas e tamanhos; com a separação entre financiadores e usuários através de sistemas de intermediação financeira; intensivo em pesquisa e desenvolvimento de tecnologias e com grande assimetria de informações.

Este cenário torna o ambiente propício ao surgimento de conflitos de interesses, que podem ser analisados à luz da Teoria da Agência (SATO, 2007).

1.1.4 O Papel do Médico na Cadeia da Saúde

Inserida na cadeia de valor da saúde, temos a figura dos médicos. Indivíduos cujo exercício profissional é condicionado à titulação, obtida através de cursos devidamente reconhecidos de graduação (no Brasil sob a égide do Ministério da Educação) e a regulação exercida pelos próprios conselhos e associações de classe. Como consequência dos avanços no setor, foram criadas segmentações (especializações) do exercício da profissão. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina reconhece 53 especialidades médicas e considera todos aqueles que não possuem uma destas titulações como “médicos generalistas”. Logo, estamos falando de uma profissão que exige uma formação específica e, em muitos casos, uma extensão desta formação para desempenho da atividade.

Neste ponto, seja pelo conhecimento específico que detém ou pela titulação que carregam, o fato é que os médicos possuem considerável poder discricionário na definição das tecnologias que serão empregadas em cada atendimento (RYAN, 1994). Por conseguinte, sobre estes recai a responsabilidade pelos resultados dos tratamentos adotados (ou pela falta destes) na saúde dos pacientes. Ou seja, os médicos têm a prerrogativa de diagnosticar as doenças, indicar e executar o tratamento em seus pacientes. Este poder, contudo, vêm revestido de uma grande responsabilidade pelo resultado deste tratamento. Assim, ainda que haja recorrência de patologias, cada paciente é único e, com o conhecimento disponível, não é possível determinar o prognóstico de muitos tratamentos (PEDROSO; MALIK, 2016). Tal situação levou Pitrez (2012) a utilizar a metáfora da “espada de Dâmocles” para descrever o sentimento da classe em relação à própria atuação e o risco de incorrerem em situações que venham a ser qualificadas como erro médico. Esta dicotomia, percebida pelos médicos acerca de sua própria atuação, pode ser analisada à luz da Teoria Institucional. Por um lado, temos as pressões normativas no sentido de padronizar processos, condutas e procedimentos (isomorfismo). Por outro, temos o pilar cognitivo, que atrela a autoridade do médico à sua titulação e à função social decorrente. Neste ponto podemos afirmar que:

(...) a autoridade repousaria na crença, por parte do paciente, de que empregará sua competência para beneficiá-lo. Ou seja, a competência

profissional aparece como um valor socialmente legitimado que define pressupostos, normatizando a relação entre os indivíduos (MISOCZKY, 2005, p. 4).

Por fim, os mecanismos de regulação, através dos quais a classe médica se organiza, sob autorização do poder estatal, definem as fronteiras de seu monopólio profissional. Apenas médicos podem receitar remédios controlados ou realizar incisões em humanos (MISOCZKY, 2005). Desta forma, os médicos têm grande influência na definição dos tratamentos que serão aplicados a cada um de seus pacientes e cientes disto, fabricantes e distribuidores de fármacos e produtos médicos buscam capturar suas preferências.

Neste sentido, seja através de ações de promoção, treinamento ou ainda na contratação destes profissionais para pesquisa, desenvolvimento ou divulgação de tecnologias, a indústria busca se aproximar e estabelecer laços de relacionamento com determinados grupos de médicos-alvo. Não é à toa que parte significativa do orçamento de marketing destas empresas está relacionada a tais atividades (PERRET; ROSEN, 2011). Esta relação muitas vezes flerta com o limite da ética profissional, na medida em que tal influência pode, eventualmente, afastar o médico de seu propósito de oferecer o melhor ao seu paciente. Em determinado momento, o pagamento que recebem de algumas indústrias pode influenciar nas prescrições de tratamentos, o que aponta potencial corrupção médica (PERLIS; PERLIS, 2016).

Este fenômeno, corrupção médica, ocorre em escala global (MANEA, 2015) e uma das formas pela qual se materializa é através do recebimento de vantagens indevidas, por parte destes profissionais, para indicar a utilização de produtos específicos de fornecedores.

Tal fenômeno está notadamente presente também no Brasil e, neste tocante, dada a criticidade do assunto, foram instaladas Comissões Parlamentares de Inquérito tanto na Câmara dos Deputados quanto no Senado Federal, para apurar as denúncias de irregularidades no setor. Nesta última, é emblemático o relato do pronunciamento do então Ministro da Saúde do Brasil, Arthur Chioro:

O Sr. Chioro disse que há uns muitos produtos em circulação no mercado nacional: na Revista Simpro, que fornece listagem de preços muito utilizada pelo mercado, há mais de 34 mil itens cadastrados; na Tabela TUSS, que é

a tabela utilizada pela saúde suplementar, estão cadastrados mais de 80 mil itens. Enfatizou, então, que os financiadores da saúde lidam com produtos incomparáveis entre si, o que facilita as distorções e dificulta o processo regulatório sobremaneira.

O Ministro elucidou que o citado mercado possui também uma falha característica, a assimetria informacional, que beneficia aqueles que dominam um conhecimento, um saber técnico ou prático muito específico sobre os produtos. Então, o especialista, além de prescrever o procedimento, indica também a marca dos materiais que deseja utilizar. Essas características do mercado, aliadas à escolha do produto pelo especialista, acabam facilitando o surgimento de incentivos pela indicação da marca ou do distribuidor de dispositivos médicos (SENADO FEDERAL, 2015).

Com o objetivo de coibir esta prática, algumas ações vêm sendo tomada pelos agentes deste segmento. Uma parte dos esforços neste sentido está centrada em duas frentes: a primeira refere-se aos mecanismos de fiscalização e controle. Estes vão desde a formalização de regras de *compliance* para o setor, medidas que buscam deslocar o poder de definição dos materiais para os intermediários financeiros, até investigações e punições (multas e prisões) aplicadas a empresas e pessoas envolvidas. Outra frente, não tão acintosa, de combate aos desvios destes profissionais, está associada à discussão de novos modelos de relacionamento entre os agentes do setor. A prerrogativa por trás de tais propostas estaria na lógica de que, alinhando os incentivos, seria possível direcionar a atuação dos profissionais, ou seja, para que o médico possa agir de acordo com a sua formação, seria necessária a formatação de sistemas com incentivos financeiros que recompensassem esta atuação. Ambas as frentes têm em comum o fato de buscarem nortear a atuação destes profissionais através de mecanismos de motivação extrínseca (OLIVER; BROWN, 2011).

Ocorre, no entanto, que um número crescente de estudos aponta para a hipótese que mecanismos de incentivo monetários, isoladamente, podem não necessariamente levar os indivíduos a empregar maiores esforços no desempenho da função (ARIELY; GNEEZY; LOEWENSTEIN, 2009; FREY; JEGEN, 2001; FREY; OBERHOLZER-GEE, 1997; GNEEZY; RUSTICHINI, 2000a; LEE; AMIR; ARIELY, 2009). De fato, em alguns casos, evidenciou-se justamente o efeito oposto quando a

proposição de mecanismos extrínsecos, tal como recompensas monetárias, afetou negativamente o desempenho. Tais observações podem estar associadas ao impacto negativo que estes fatores extrínsecos teriam na motivação inerente aos indivíduos para realização de certas tarefas (motivação intrínseca) (IRLENBUSCH; SLIWKA, 2005).

No caso específico dos médicos, há dois pontos relevantes na discussão acerca de mecanismos motivacionais. Primeiro, temos a expectativa de que estes ajam primordialmente de acordo com a ética profissional, ou seja, empreguem invariavelmente todo seu conhecimento em prol da saúde. Neste ponto, os médicos seriam como agentes de seus pacientes (RICE, 1983). Esta percepção que a sociedade, em geral, mantém acerca dos médicos, confere a estes relativa credibilidade (SMITH 1999 apud. HYMAN, 2001). Justamente por conta desta credibilidade e do papel social que os médicos representam, comportamentos oportunistas por parte destes profissionais são vistos como algo especialmente imoral (MANEA, 2015). Adicionalmente, a percepção dos próprios médicos acerca de sua própria profissão aponta fatores como a natureza do trabalho, a possibilidade de ajudar terceiros, o prestígio social e a interação com os pacientes como mais valorizados que a remuneração, para aqueles que estão ingressando na escola (BASCHERA et al., 2015). Ainda mais forte parece ser a percepção acerca daqueles que se especializam para realizar procedimentos cirúrgicos, quando a natureza do trabalho e seu impacto social levam os cirurgiões a definir a própria profissão como um “chamado” (SEELANDT et al., 2014).

Neste sentido, quando os médicos agem de maneira oportunista, deixando de empregar o melhor tratamento ao seu alcance para maximizar seu ganho monetário, estariam agindo em desacordo com os seus próprios valores. Esta clivagem representaria uma perda de identificação com a própria profissão, o que caracterizaria uma “desutilidade”. Com base neste conceito, seria possível apurar matematicamente a remuneração adicional necessária para compensar a perda na utilidade provocada por agir de maneira desalinhada aos próprios valores (AKERLOF; KRANTON, 2005). É importante, no entanto, notar que a “desutilidade” é uma variável intrínseca ao agente. Basicamente, representa o peso que este atribui aos valores que o identificam na profissão.

Observando esta relação entre fatores extrínsecos e intrínsecos de motivação, Frey e Jegen (2001) desenvolvem a “Teoria do *Crowding Out* Motivacional”. Nesta, demonstram que fatores externos, sejam recompensas ou controles, exercem influência sobre os mecanismos intrínsecos de motivação, podendo reforça-los (*crowding in*) ou reduzi-los (*crowding out*). Tal efeito, *crowding out*, explicaria desde a redução de doadores de sangue mediante a oferta de recompensas (TITMUSS 1971), o aumento do atraso dos pais em retirar seus filhos na creche pela inserção de multa (GNEEZY; RUSTICHINI, 2000b) até o comportamento disfuncional de médicos (OLIVER; BROWN, 2011). Tal efeito seria decorrente de três possíveis mecanismos originados a partir da inserção de fatores externos: a mudança na percepção do ambiente, a mudança na percepção da tarefa ou a mudança nas preferências do agente.

Temos, portanto, configurada uma dualidade na maneira de abordar os comportamentos disfuncionais dos médicos na cadeia da saúde. Por um lado, a Teoria da Agência, apontando para o oportunismo e a busca pela satisfação dos interesses próprios e, de outro, a possibilidade de que tais comportamentos sejam, de fato, uma reação destes agentes ao meio no qual estão inseridos.

1.2 Objetivo de Pesquisa

O objetivo desta pesquisa é identificar o efeito do ambiente institucional sobre as preferências por recompensas de determinado grupo de médicos. Tal abordagem se justifica na medida que os médicos sofrem distintas pressões normativas, de acordo com a prática específica que exercem.

Para tanto, buscamos separar os médicos em três grupos, conforme especificidades de sua prática profissional.

De um lado, selecionamos cirurgiões de coluna, que dada alta complexidade, baixa padronização e altos custos dos procedimentos que realizam, sofrem forte pressão normativa (CARAI et al., 2013). De outro, agrupamos médicos cuja prática não estaria relacionada à procedimentos cirúrgicos, logo estariam expostos a menores níveis de controle e interferência (BESSA, 2011). Por fim, isolamos ainda o grupo

formado por médicos cirurgiões de outras especialidades que, dada a amplitude de alternativas, não permite teorização acerca do ambiente normativo em que estão inseridos.

Cabe elucidar que a pressão normativa a que nos referimos é o mecanismo pelo qual as instituições de saúde tentam impor aos médicos a adesão a um conjunto específico de normas e procedimentos (MISOCZKY, 2005).

Com isso, o objetivo da pesquisa é responder ao seguinte questionamento: **existe diferença estatisticamente significativa na preferência por recompensa em algum dos grupos de médicos?**

1.3 Relevância do Tema

O estudo, acerca dos fatores de motivação e seus impactos no desempenho profissional, é bem difundido na administração. Contudo, o foco natural das pesquisas sobre o tema está na relação empregado-empresa. Consequentemente, algumas ocupações, a despeito de sua relevância social, acabam passando ao largo dos holofotes dos pesquisadores, como se estes assumissem certa inexorabilidade no desempenho de algumas profissões. De certa forma, esta presunção ocorre em relação aos médicos que, no consciente coletivo, são inerentemente motivados a prover o melhor para seus pacientes (ARROW, 1963). Com isso, temos a oportunidade de aprofundar o conhecimento acerca da percepção que estes profissionais têm do meio dinâmico em que estão inseridos, bem como a influência que este tem sob suas preferências e comportamentos.

Em nossa pesquisa, propomos comparar as preferências por recompensa e valores de 3 grupos distintos de médicos, verificando a eventual existência de diferenças estatisticamente significativas. Tal diferença indicaria um possível deslocamento em função das pressões e oportunidades do microambiente que estes distintos grupos estão inseridos.

Considerando o papel central que os médicos necessariamente desempenham na cadeia da saúde, bem como os impactos da organização deste setor para a

população em geral, a correta compreensão dos mecanismos de motivação destes profissionais é relevante ao debate acerca da melhoria do sistema de saúde.

1.4 Justificativa pela Escolha do Tema

Além da já mencionada relevância, influenciou na escolha do tema o fato do autor trabalhar no ramo de fornecimento de materiais cirúrgicos. Tendo atuado como dirigente de uma empresa distribuidora nacional e de uma grande fabricante multinacional de implantes para a coluna vertebral, teve a oportunidade de interagir com diversos atores da cadeia, incluindo operadoras de saúde, hospitais, reguladores e, naturalmente, médicos.

Esta convivência funcionou como uma observação participativa, na qual ficou evidente o baixíssimo grau de confiança entre os participantes cadeia. Embora a questão da corrupção médica fosse de fato recorrente, chamou atenção a percepção dos médicos, em especial cirurgiões, de sua própria atuação em meio à complexa cadeia de valor do segmento. Não raro estes relataram: sentirem-se pressionados pelos pacientes que, mais informados, exigiam que estivessem constantemente atualizados em relação às novas tecnologias; achatados pelas operadoras de saúde, que imporia honorários por eles considerados aviltantes; desrespeitados por hospitais de porta aberta¹, que não proveriam estrutura adequada para a realização dos procedimentos ou recuperação dos pacientes; e explorados pela indústria e seus distribuidores que buscariam influenciar suas escolhas. Haveria, portanto, um sentimento de responsabilidade desproporcional em relação aos demais agentes, perda de autonomia e desvalorização profissional, levando-os a reagir (*gaming*) contra o sistema de saúde.

Por outro lado, os demais agentes da cadeia comumente encaram estes profissionais como agentes perfeitos, agindo de maneira oportunista e burlando o

¹ Hospitais de porta aberta é o termo utilizado no mercado para denominar hospitais que não tem corpo médico exclusivo permitindo a utilização de suas instalações por diferentes equipes.

sistema para maximizar a própria remuneração. Tais posturas, naturalmente, minam a confiança entre os agentes da cadeia.

Nossa expectativa é que esta pesquisa sirva para reposicionar o médico como indivíduo. A partir do levantamento das preferências por recompensa e valores de distintos grupos de médicos, promover a discussão acerca da percepção e da motivação intrínseca destes profissionais, para contribuir no debate sobre a reorganização do modelo de funcionamento da saúde suplementar.

1.5 Delimitação da Pesquisa

A pesquisa busca comparar as preferências por recompensa e valores entre distintos grupos de médicos, através de medidas de tendência central. O entendimento mais profundo acerca dos mecanismos de motivação e da percepção que estes profissionais têm do ambiente que estão inseridos enseja outras abordagens, que podem ser desenvolvidas por pesquisadores interessados no tema.

Adicionalmente, embora o referencial teórico aponte que deslocamentos nas preferências podem ocorrer pela inserção de mecanismos externos de controle e incentivo (FREY; JEGEN, 2001), não está no âmbito desta pesquisa levantar os motivos ou as implicações de eventuais diferenças.

Por fim, é importante ressaltar que a similaridade nas preferências por recompensas e valores, igualmente não permitem inferir a homogeneidade na motivação ou percepção destes profissionais. Apenas aponta para o fato que não haveria ocorrido um deslocamento destas preferências. Neste caso, as diferenças no comportamento verificado para estes grupos devem ser explicadas por outros fatores não abordados nesta pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Mecanismos de Motivação

A literatura científica acerca dos fatores motivacionais do trabalho é bem ampla, sendo predominante o foco dado à relação empregado-empresa (BERGAMINI, 1990; HERZBERG, 1979; RODRIGUES, 2006). Diferentes correntes de pensamento habitam este tema, sem que haja uma distinção nítida entre certo e errado, falso e verdadeiro (FREY; JEGEN, 2001; HOU; HU; BUTT, 2017; SIQUEIRA, 2008). Embora a busca pela atração, retenção e motivação dos empregados seja um objetivo comum, os mecanismos indicados para tal variam de acordo com a escola de pensamento e fatores situacionais.

A Teoria da Administração Científica, estruturada por Frederick W. Taylor (1856-1915), propunha que a eficiência dos trabalhadores poderia ser determinada pelo controle dos tempos e movimentos. As premissas eram: os trabalhadores deviam ser estudados isoladamente, a eficiência podia ser cientificamente estimada, os fatores que influenciavam a eficiência eram o controle (movimentos), a fadiga e as condições de trabalho. Adicionalmente, a motivação estaria exclusivamente relacionada a recompensas monetárias. Com estas premissas em mente, um grupo de pesquisadores, liderados por George E. Mayo (1880-1949) conduziu uma pesquisa em uma fábrica para averiguar a relação entre a iluminação do ambiente de trabalho e a produtividade. Seus achados, no entanto, foram contraditórios, uma vez que mesmo o grupo de controle, que não tinha sido exposto a mudanças na iluminação, aumentara a produtividade. Intrigados com o resultado, os pesquisadores decidiram reduzir a iluminação e, surpreendentemente para eles, a produtividade mais uma vez aumentou. Neste momento, concluíram que haviam outros fatores, não controláveis, que influenciavam a produtividade dos trabalhadores e esta foi a gênese da Teoria das Relações Humanas (CORDEIRO, 1967).

Desde então, sabe-se que fatores intrínsecos interagem com mecanismos extrínsecos, de controle e recompensa, na produtividade do trabalho, bem como uma considerável parte do estudo da administração passou a centra-se justamente na

gestão de pessoal. Numa linha mais pragmática, alguns autores defendem a implantação de sistemas baseados em meritocracia onde, gestão e remuneração por competência, além de avaliação individualizada de desempenho, funcionariam como alavancas para o aumento da produtividade da firma (ALMEIDA et al., 2007). Observa-se, nesta linha de pensamento, uma relação umbilical do comportamento esperado dos indivíduos com o constructo do *Homo Economicus*, descrito como “símbolo canônico de tomador racional de decisão” (LEE; AMIR; ARIELY, 2009, p. 183). Assim, o esforço empregado pelos indivíduos, em prol dos objetivos da firma, estaria relacionado à recompensa oferecida por este esforço. Haveria, portanto, uma função de utilidade do indivíduo, na qual qualquer esforço representaria uma “desutilidade” que teria de ser compensada por um acréscimo de remuneração. Gibbons (1998) expressa matematicamente a Teoria da Agência clássica, através das seguintes funções:

$$y = a + \varepsilon$$

Onde “y” seria a produção da firma, “a” seria a ação (esforço) desempenhado pelos empregados para produzir “y” e “ ε ” seria ruído da equação. Nestas condições, de acordo com a Teoria da Agência clássica, a remuneração do indivíduo deveria seguir a seguinte equação:

$$w = s + by$$

Nesta função, “w” é a remuneração do indivíduo atrelada ao seu desempenho, uma vez que “s” seria a parcela fixa de seu salário e “b” seria o fator de sua participação na produção “y”. Neste caso, o resultado do trabalhador seria dado pela fórmula:

$$w - c(a)$$

A variável “c” representaria justamente o custo (desutilidade) para o indivíduo em empregar o esforço “a” para a produção de “y”.

De fato, em tarefas menos complexas, o resultado pode ser entendido como uma função direta do esforço. Contudo, conforme a complexidade das tarefas aumenta, adiciona-se o fator competência ao esforço do empregado. Neste sentido, a gestão de pessoas assumiria um papel preponderante no desempenho da firma, ao mapear as competências necessárias para o desenvolvimento da empresa, desdobrá-

las em competências individuais, atrair ou desenvolver estas competências no quadro funcional, mensurar individualmente o desempenho dos empregados com base nestas competências e, finalmente, atrelar pacotes de remuneração à sua avaliação (RODRIGUES, 2006).

Contraditoriamente, a introdução de maiores níveis de complexidade nas tarefas, embora aumente o âmbito estratégico da gestão de pessoas, traz uma maior dificuldade na mensuração do desempenho individual, uma vez que enfraquece a correlação direta deste com o resultado da firma (ALMEIDA et al., 2007). Tal característica representa um desafio para a implementação de modelos de remuneração por performance. Gibbons (1998) relaciona a aquisição de competências com o valor futuro da empresa, apontando como esta poderia formular contratos que incentivassem adequadamente, neste sentido, os empregados. Embora fortemente baseada em pressupostos da economia, quando considera que os *outputs* são função direta dos incentivos monetários, o autor reconhece que outros mecanismos podem influenciar na motivação, logo, na ação dos empregados. De fato, em sua conclusão, o autor aponta que a teoria econômica, embora válida, deveria estar conjugada com outros aspectos da gestão de pessoas, para ser mais efetiva.

2.2 Fatores Intrínsecos de Motivação

Akerlof e Kranton (2005) constroem uma ponte entre a teoria econômica e os aspectos motivacionais, oriundos de áreas como a psicologia e sociologia. Utilizando um estudo de caso de uma escola militar de ponta, os autores descrevem o constructo de “identidade” como sendo a motivação intrínseca dos indivíduos em agir de acordo com um conjunto de valores que carregam, em função de suas preferências pessoais. Agir em conformidade a estes valores teria uma utilidade intrínseca para os agentes, logo, a aplicação linear de incentivos monetários não seria necessária. Em contrapartida, toda vez que a atuação do agente se afastar de sua identidade, este experimentaria uma “desutilidade” na ação. Neste caso, o agente demandaria um adicional de remuneração como compensação. Embora ainda sob uma abordagem

estritamente racional, vemos neste caso, um papel já mais específico dos fatores intrínsecos de motivação do indivíduo.

Bergamini (1990) faz uma distinção entre os fatores intrínsecos de motivação e aqueles que denomina como condicionadores de comportamento:

Essas teorias inspiradas no condicionamento conseguido através de variáveis extrínsecas às pessoas, ilustram, de maneira clara, o comportamento reativo, que leva ao movimento e não aquilo que se pode chamar de motivação. De acordo com tais pressupostos teóricos, as ações das pessoas, nas suas mais variadas circunstâncias de vida, são dirigidas por aqueles que manipulam as variáveis existentes no ambiente transformando-as em recompensas ou em punições. Para os comportamentalistas, a reação é uma maneira de se comportar que foi adquirida ou estruturada em função das recompensas recebidas. Nesse caso, seria inexato admitir que as pessoas sejam "motivadas" por outras - seria mais adequado admitir que elas podem ser colocadas em movimento por meio de uma sequência de hábitos que são o fruto de um condicionamento imposto pelo poder das forças condicionantes do meio exterior (BERGAMINI, 1990, p. 26).

Logo, não seria sequer correto associar mecanismos de recompensa com fatores de motivação. De fato, Herzberg (1974), em seu artigo seminal, separa os fatores intrínsecos de motivação, tais como: interesse pelo trabalho, reconhecimento, conquistas, desenvolvimento; daqueles que denomina fatores de higiene: salário, condições físicas do ambiente de trabalho, supervisão, estabilidade, dentre outros.

Gneezy e Rustichini (2000) apresentam experimentos, onde é possível verificar a interação entre os diferentes mecanismos de motivação. Utilizando um teste aplicado a um grupo de alunos da Universidade de Haifa (Israel), os autores verificaram os resultados obtidos por três grupos distintos. O primeiro, ao qual nenhum incentivo monetário fora oferecido, e outros dois, cujo pagamento oferecido em contrapartida a cada questão respondida corretamente variava em magnitude. Apurando os resultados, os autores verificaram que o grupo ao qual havia sido oferecida uma remuneração mais expressiva, de fato obteve melhores resultados no teste. Contudo, em dissonância com o conceito do *Homo Economicus*, o grupo ao qual havia sido oferecida uma remuneração mais módica, apresentara um resultado pior do que aquele que não havia sido oferecida nenhuma remuneração.

Em outro experimento, os autores reuniram três grupos de estudantes do ensino médio (*High School* – Israel). Segundo tradição local, estes estudantes trabalham de forma voluntária, num dia específico do ano, recolhendo doações das donas de casa para instituições beneficentes. Mais uma vez, os autores separaram três grupos dentre estes estudantes e, ao primeiro, não ofereceram nenhum incentivo monetário, apenas frisaram a importância social do trabalho que fariam. Ao segundo, ofereceram uma remuneração de 1% de tudo que recolhessem e, ao terceiro grupo, uma remuneração de 10% do resultado de seu trabalho. Neste segundo experimento, mais uma vez, o grupo ao qual fora ofertado maior incentivo monetário obtivera resultado melhor do que aquele que recebera oferta mais módica. Contudo, neste caso, ambos apresentaram resultados inferiores àquele obtido pelo grupo que não recebera nenhum incentivo (GNEEZY; RUSTICHINI, 2000c).

Avaliando os achados de seus experimentos, os autores concluíram que, de fato, uma vez inseridos mecanismos contingentes de remuneração, maiores níveis tendem a levar a maiores resultados. Contudo, seus achados apontam adicionalmente que a inserção destes incentivos pode, em determinadas condições, impactar negativamente na performance dos agentes. Por fim, os autores relacionam as teorias cognitivas como a causa mais provável do comportamento observado, concluindo que a inserção de recompensas monetárias mudaria o “contrato” existente, modificando consequentemente o comportamento dos agentes.

2.3 Efeito *Crowding Out*

No campo da economia, a interação entre os investimentos públicos e privados é amplamente estudada. Sabe-se que determinados tipos de investimentos realizados pelo setor público, tais como infraestrutura e educação, potencializam investimentos privados, provocando o efeito *crowding in*. Por outro lado, em alguns casos, investimentos realizados pelo setor público afastam por concorrerem por recursos financeiros, provocando um aumento na taxa de juros. Nestes casos, acabam reduzindo a capacidade de investimentos do setor privado, provocando o efeito *crowding out* (SONAGLIO; BRAGA; CAMPOS, 2010).

Utilizando a mesma terminologia, Frey e Jegen (2001) consideram a interação entre fatores externos e a motivação intrínseca dos agentes no que chamaram “*Motivation Crowding Theory*”. Assim, tal como no *constructo* de motivação intrínseca proposto por Deci (1971)², demonstra-se como mecanismos de controle ou recompensa contingenciais podem interagir com a motivação intrínseca dos agentes, seja potencializando-a (*crowding in*) ou reduzindo-o (*crowding out*).

A inserção de um mecanismo de recompensa contingencial, quando percebido pelos agentes enquanto uma forma de reconhecimento por seu esforço, impacta positivamente na motivação intrínseca para realização da tarefa, caracterizando o efeito *crowding in* motivacional. Neste caso, teríamos um potencial aumento no desempenho destes agentes (FREY; JEGEN, 2001)

Em contrapartida, há situações onde a inserção de mecanismos de recompensa contingenciais que podem levar à redução na motivação intrínseca dos agentes, provocando o efeito *crowding out* motivacional. Tal efeito ocorre, por exemplo, quando tal interferência é entendida pelos agentes como uma tentativa de manipulação de seus esforços. Neste caso, acarretaria uma mudança na percepção destes acerca do ambiente em que a tarefa está inserida. Alternativamente, a inserção de um mecanismo de remuneração contingencial poderia mudar a percepção do agente acerca da própria tarefa. Neste caso, o sentido desta tarefa para o agente se deslocaria daquele original para a remuneração oferecida pela execução da mesma. Por fim, a inserção de mecanismos externos pode ainda promover um deslocamento nas preferências dos agentes. Tal fenômeno ocorre nas situações onde a oferta de determinada recompensa faz a mesma assumir maior relevância na preferência dos agentes, em detrimento de demais valores atrelados à execução da mesma tarefa (FREY; JEGEN, 2001).

Quando observado à luz da teoria econômica clássica, que toma como base a racionalidade dos agentes e a sua busca pela maximização da própria função de

² Motivação intrínseca é a disposição dos indivíduos em realizar determinadas tarefas que lhes são caras, sendo esta não relacionada a fatores externos, mas apenas à satisfação proporcionada pela execução, em si, de tal tarefa.

utilidade, o efeito *crowding out* pode ser considerado como uma anomalia. A lei da oferta preconiza que esta teria correlação positiva com o preço do bem ou serviço (*price effect*). Contudo, nos casos em que ocorre o *crowding out* motivacional, temos justamente o oposto, uma vez que um aumento na recompensa oferecida pela realização de determinada tarefa diminuiria a oferta da mesma (FREY; JEGEN, 2001).

Sobre este ponto, Jacobsen e Jensen (2017) ressaltam a importância da percepção dos agentes em relação aos fatores externos, tal como os modelos de remuneração por performance. Esta percepção estaria no *locus* de causalidade, ou seja, o ponto original da motivação do indivíduo para realização de determinada ação. Quando o indivíduo percebe um *locus* interno de motivação, reforça os sentidos fundamentais de autonomia, competência e significância. Em contrapartida, quando o indivíduo não consegue relacionar sua ação com uma motivação interna (*locus* externo), resta-lhe a percepção de estar sendo manipulado e, neste caso, pode haver a redução na motivação intrínseca que teria em realizar aquela mesma tarefa.

Falk e Kosfeld (2006) apresentam o impacto dos mecanismos de controle na motivação e no desempenho dos agentes. Observam que, de maneira geral, os agentes são avessos ao controle. Reagem negativamente, pois interpretam a existência de mecanismos de controle como um sinal de desconfiança e uma limitação de sua autonomia de escolha. Sob tais circunstâncias, a motivação intrínseca dos agentes para realização de suas tarefas seria negativamente impactada com consequências nos níveis de desempenho. Tal fenômeno foi denominado “Custos Ocultos de Controle”.

Como em qualquer equação econômica, se estes custos de controle, tanto ocultos quanto explícitos, forem menores do que o aumento no desempenho promovido pela implementação de tais mecanismos, o resultado final torna-se positivo, justificando a medida. Tal situação ocorre quando o agente envolvido é tipicamente oportunista, com baixo nível de motivação intrínseca para o desempenho da função. Outro achado dos experimentos realizados foi a relação não linear entre incentivos e performance. Tais achados corroboram os de Gneezy e Rustichini (2000) e apontam para a existência de um ponto limite, a partir do qual o efeito dos mecanismos externos, seja de controle ou remuneração contingencial, supera o custo oculto do mesmo (FALK; KOSFELD, 2006).

Underhill (2015), revisando a literatura, corrobora que, ao contrário do que preconiza a teoria econômica clássica, outros fatores têm papel relevante na motivação dos indivíduos. Reciprocidade, aversão à desigualdade, altruísmo, despeito, inveja, curiosidade, autonomia, profissionalismo, dever cívico, moral, amor, identificação, paixão intelectual estariam dentre os fatores de motivação para os indivíduos desempenharem tarefas. Portanto, a motivação intrínseca estaria relacionada à satisfação inerente à realização de determinada tarefa. Quando esta motivação é negativamente afetada por uma ação exógena, controle, punição ou incentivos, tem-se o efeito *crowding out*. Dentre os mais reconhecidos tipos de *crowding out*, destacam-se:

- a) A redução ou perda do sentimento de altruísmo provocada pela inserção de uma compensação financeira para realização de determinada tarefa (TITMUSS, 1970).
- b) A redução ou perda do sentido de profissionalismo quando da inserção, por exemplo, de mecanismos de remuneração contingencial à performance (HIMMELSTEIN; ARIELY, 2014).
- c) A perda do sentido de dever cívico, ocorrida quando governantes recompensam ou punem cidadãos para que este ajam de forma alinhada com o bem estar da sociedade em que estão inseridas (FREY, 1997).

Diferentes mecanismos psicológicos podem estar relacionados a esta clivagem motivacional promovida pela inserção de mecanismos extrínsecos. A proposição de uma recompensa para a realização de determinada tarefa poderia, por exemplo, ser interpretada pelos agentes como uma sinalização de que aquela tarefa é penosa ou difícil ou socialmente reprovável. Alternativamente, a implantação de um sistema ostensivo de fiscalização pode sinalizar que a recompensa pelo não cumprimento de determinada norma se apresente demasiadamente elevada. Tais sinalizações são exemplos de mecanismos que podem levar os agentes a não agir de acordo com sua motivação intrínseca (UNDERHILL, 2015).

Outro possível mecanismo de *crowding out* seria a percepção de justificativa demasiada e autodeterminação defeituosa. A lógica por detrás deste mecanismo é que, se determinada tarefa possui, intrinsecamente, um forte fator motivacional para a sua execução, a inserção de uma recompensa adicional soaria como demasiada,

levantando suspeita e a consequente perda na autodeterminação do indivíduo para realizar tal tarefa (UNDERHILL, 2015)

Por fim, um mecanismo de *crowding out* sobre o qual debruçaremos especial atenção é aquele relacionado à mudança endógena nas preferências dos indivíduos. Confrontando mais uma vez a teoria econômica clássica, pesquisas vêm corroborando a tese da adaptabilidade das preferências dos indivíduos ao ambiente em que estão inseridos. Isso significa dizer que, as preferências dos indivíduos podem ser alteradas através de um mecanismos de adaptação ao modelo de contrato de ao qual está exposto (UNDERHILL, 2015).

2.4 Preferência por Remuneração e Valores

Wittmer (1991) estava interessado na comparação de perfil entre empregados da iniciativa privada e servidores públicos. Tomando como referências estudos anteriores, elaborou um conjunto de seis hipóteses relacionadas às preferências por recompensas monetárias e outros valores destes dois grupos. Dentre estas, destacamos aquela que teorizava que gerentes da iniciativa privada teriam mais acentuada preferência por recompensas monetárias que seus pares de empresas públicas.

Uma vez que o objetivo de sua pesquisa era averiguar as eventuais diferenças entre os arranjos das preferências dos gerentes da iniciativa privada, do setor público e de empresas híbridas, Wittmer (1991) utilizou um questionário com 8 itens, os quais deveriam ser classificados pelos respondentes conforme a sua relevância percebida. Este modelo de questionário, neste caso, é preferível aos questionários que utilizam escala Likert que, dada a independência entre as respostas dos itens, pode produzir respostas muito semelhantes, impossibilitando a comparação (WITTMER, 1991).

Os valores propostos por Wittmer (1991) são:

- *Higher pay than you have now;*
- *Doing work that is helpful to other people;*
- *Job security;*

- *Your own co-workers respecting the quality of your work;*
- *Friendship and cordial relations to your co-workers;*
- *Achieving status and prestige;*
- *A promotion;*
- *Opportunities for community services.*

Numa abordagem semelhante, Costa, Salles e Fontes Filho (2010) estudaram as diferenças e semelhanças na preferência por recompensa e valores dos empregados da iniciativa privada, das empresas públicas, assim como das empresas híbridas no Brasil. Utilizando uma metodologia classificatória, semelhante à aplicada por Wittmer (1996), combinada com a escala de valores organizacionais, desenvolvida por Tamayo e Gondim (1996), compararam as preferências apontadas por estes três grupos. Para tanto, sugerem o *constructo* de valores organizacionais como “[...] critérios ou metas que transcendem situações específicas, que são ordenados por sua importância e que servem como princípios norteadores da vida do indivíduo” (COSTA; SALLES; FONTES FILHO, 2010 p. 1437). Novamente, tal como Wittmer (1991), o objetivo era verificar a hipótese de que trabalhadores da iniciativa privada teriam um conjunto distinto de preferências, com maior ênfase para recompensa, quando comparado com seus pares de empresas públicas ou híbridas. Neste estudo, contudo, a hipótese não foi confirmada. De fato, o valor apurado das médias das preferências dos empregados de todos os setores estudados não apresentou diferenças estatisticamente significativas na grande maioria dos casos. Adicionalmente, o estudo aponta que, tanto para os trabalhadores da iniciativa privada quanto do setor público, outros fatores têm impacto relevante na motivação.

Os valores individuais funcionam como princípios que norteiam o comportamento. Surgem a partir da necessidade dos indivíduos em buscar sua satisfação pessoal, mantendo a aceitação por parte do grupo social a que pertencem. Quando dentro de uma organização o indivíduo interage com os demais, inserido em um sistema de valores compartilhados que funcionam, desta forma, como elementos integradores, este conjunto de valores constitui-se a base da cultura organizacional (TAMAYO; MENDES; PAZ, 2000).

A averiguação dos valores individuais pode ser realizada pela aplicação de escalas com fatores agrupados em diferentes dimensões. Tamayo, Mendes e Paz (2000) desenvolvem uma escala com 3 dimensões bipolares: autonomia *versus* conservadorismo, hierarquia *versus* igualitarismo, harmonia *versus* domínio. Estas dimensões são verificadas através de 36 itens, apurados utilizando-se uma escala de 7 graus, elaborada para avaliar a importância dada pelo respondente para cada item.

Costa, Salles e Fontes Filho (2010) utilizam uma escala de 4 dimensões: eficácia/eficiência, sistema de gestão organizacional, respeito ao empregado, preferência por remuneração. Embora tais dimensões estejam relacionadas às preferências individuais, contudo, são atendidas conforme através da interação do indivíduo com a tarefa e o ambiente no qual está inserido. Neste sentido, fatores como reconhecimento, status, respeito, recompensas, autonomia, dentre outros, assumem papel relevante na motivação dos agentes (COSTA; SALLES; FONTES FILHO, 2010).

Em sua pesquisa, Costa, Salles e Fontes Filho (2010) comparam a prioridade auferida por funcionários de empresas públicas híbridas e privadas, em relação a: ganhar mais, fazer um trabalho útil aos outros, ter a segurança quanto à permanência no emprego, ter o respeito dos colegas pela qualidade do seu trabalho, cultivar amizades e relações cordiais, conquistar status e prestígio, obter promoção e ter oportunidade de fazer um trabalho socialmente importante. Os resultados obtidos pela pesquisa em referência, reproduzidos na tabela 3 (abaixo), contrapõem tese do *Homo Economicus*, visto que a busca por recompensa, embora relevante, não figurou como a prioridade incontestada da amostra. Tal fato demonstra a importância de observar outros valores dos indivíduos, quando da elaboração do sistema mais eficaz de incentivos.

Tabela 1: Análise da variância de preferências por recompensa por tipo de organização

	PÚBLICA (N = 24)		PRIVADA (N = 30)		HÍBRIDA (N = 42)		Teste Kruskal Wallis	
	Média grupo	Posição grupo	Média grupo	Posição grupo	Média grupo	Posição grupo	Valor F	X ²
Ganhar mais	3,92	3ª	4,48	4ª	3,71	3ª	1,478	3,64
Fazer um trabalho que seja útil aos outros	3,48	2ª	2,71	2ª	3,40	2ª	1,215	1,736
Ter a segurança de permanecer no emprego	5,12	6ª	5,35	6ª	4,95	6ª	0,299	0,853
Ter o respeito dos colegas pela qualidade do seu trabalho	2,84	1ª	2,16	1ª	2,88	1ª	1,828	4,514
Cultivar a amizade e as relações cordiais com os colegas	4,76	5ª	4,16	3ª	4,88	5ª	1,668	2,996
Conquistar status e prestígio	5,92	8ª	6,68	8ª	6,33	8ª	0,857	1,602
Obter promoção	5,68	7ª	5,35	6ª	5,14	7ª	0,685	1,221
Ter oportunidades de fazer um trabalho socialmente relevante	4,28	4ª	5,10	5ª	4,69	4ª	0,84	1,448

Fonte: Costa, Salles e Fontes Filho (2010).

2.5 Perfil e Preferência por Remuneração dos Médicos

Feba e Marques (2010) conduziram uma pesquisa comparativa entre o perfil de personalidade de médicos cirurgiões e seus colegas que trabalham no atendimento de prontos-socorros. Adotam a premissa que:

[...] a medicina sempre foi considerada eminentemente como uma arte, um conjunto de conhecimentos pragmáticos e de receitas. Uma posição idealizada por todos, sendo sempre colocada como uma profissão de status, que daria àquele que recebe a denominação de Doutor uma imagem socialmente muito valorizada. O médico tem a imagem de um sábio, um super-homem, com poderes de curar. Quando se fala em vocação médica, faz-se referência principalmente às atividades clínicas e cirúrgicas, não a todas as áreas abrangentes que envolvem a medicina hoje. [...] o médico ideal deve se constituir na vontade de socorrer, no amor ao próximo e no espírito de sacrifício (FEBA; MARQUES, 2010, p. 47).

Através da comparação dos resultados de questionários de perfil demográfico e inclinações de carreira, mapearam as diferenças entre os perfis dos médicos socorristas e os médicos cirurgiões. Apontam que, para o exercício satisfatório da profissão, os médicos, em geral, precisam estabelecer uma relação de empatia com seus pacientes. Neste sentido, devem ser capazes de organizar um esquema referencial que engloba conhecimentos, afetos e experiências com os quais age, pensa e se comunica. Adiciona que, atualmente, o médico não mais pode se limitar à atenção individualizada aos seus pacientes, deve participar da coletividade, inserindo-se ativamente na resolução dos problemas de sua comunidade. Apuram que, dentre os cirurgiões, os atributos percebidos como mais valiosos são: atenção, disponibilidade e disciplina. Tais achados são congruentes com o perfil de personalidade mapeado para este grupo de profissionais (FEBA; MARQUES, 2010).

Baschera et al. (2015) realizaram um estudo onde compararam o perfil dos estudantes de medicina que pretendem se tornar cirurgiões em face aos que demonstram seguir por outros ramos da medicina. Embora tenham sido verificadas diferenças entre os dois grupos, em ambos os motivos apontados para estudarem medicina englobaram a variedade do trabalho, o desejo de ajudar ao próximo e a possibilidade de trabalhar com pacientes. Adicionalmente, numa escala com 11 fatores, a remuneração foi classificada como a 9ª mais indicada por ambos os grupos. A tabela abaixo reproduz os resultados apurados na pesquisa.

Tabela 2: Motivação por estudar medicina

Motivation for studying medicine	Surgical vs. non-surgical				Significance [†]
	“Surgical” group (Surgery)		“Non-surgical” group (Other specialty preference)		
	<i>N</i>	(%)	<i>N</i>	(%)	
I want to help others	168	45.7	910	47.8	Ns.
I have doctors in my family	39	10.6	201	10.6	Ns.
Personal experience with medical treatment	100	27.2	534	28.1	Ns.
Security of employment	129	35.1	609	32.0	Ns.
Didn't know what to study	35	9.5	166	8.7	Ns.
Social Prestige*	64	17.4	205	10.8	<0.001*
TV-series*	15	4.1	36	1.9	0.013*
Variety of work	188	51.1	964	50.7	Ns.
Salary*	35	9.5	115	6.0	0.008*
Work with patients	145	39.4	1027	54.0	<0.001*
Pressure from family/others	4	1.1	28	1.5	Ns.

Ns. not significant, *n* number

[†] Fishers exact test significance 1-sided; difference is significant = * *p* value of ≤ 0.05

Fonte: (BASCHERA et al., 2015, p. 2912).

Em outro estudo, Seelandt et al. (2014) conduziram a análise de conteúdo das respostas fornecidas por 492 médicos cirurgiões sobre os fatores que influenciam positiva e negativamente a escolha da profissão. Mais de 40% de sua amostra relaciona a prática a um “chamado”, que pode ser associado à uma percepção de vocação natural. Apontam que este achado está em linha com a percepção dos médicos em geral. Embora este seja um fator predominante de escolha pela profissão, notam uma maior relevância dentre aqueles que ocupam hierarquias mais elevadas, como consultores ou chefes de serviços. Outro fator de escolha da profissão está relacionado ao significado do trabalho. Neste sentido, itens como responsabilidades, desafios e a variedade e amplitude das tarefas também foram apontados como motivadores, o que está, mais uma vez, em linha com os estudos de psicologia do trabalho. Outro fator percebido como relevante na escolha destes profissionais é o prestígio social que a posição remete. Na contramão, foram apontados alguns fatores desencorajadores para a escolha da profissão de cirurgião. A carga extensiva de trabalho, a excessiva responsabilidade, o desbalanceamento entre a vida pessoal e profissional, burocracia, a precariedade dos treinamentos que recebem e a perda de prestígio, estão entre os mais citados na pesquisa.

2.6 Sistema de Saúde Suplementar

Prover o acesso à saúde é um objetivo global (UNITED NATIONS, 2015), razão pela qual está inserida como uma das dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). No Brasil a Constituição Federal de 1988 define em seu artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000).

Por este motivo, o setor público se organiza para prover este serviço à população. Apesar desta oferta pública de serviço saúde, uma parte significativa da população opta por acessar serviços oferecidos por agentes privados.

O setor se organiza em uma cadeia “[...] considerada por muitos especialistas como a de maior complexidade de gestão da atualidade[...]

” (PEDROSO; MALIK, 2016; p.2). Dentre os fatores que caracterizam esta complexidade, temos: a amplitude do escopo do setor, o impacto do serviço na vida das pessoas, a relevância social, a relevância econômica e a característica do consumo. Este, em geral, não possui atributos aspiracionais, mas representa uma necessidade fundamental para a manutenção ou melhora da condição de vida do próprio indivíduo. Por este motivo, torna-se necessário que haja mecanismos de socialização de risco e regulação, caso contrário, na eventualidade de uma doença ou acidente, famílias potencialmente transfeririam todos seus recursos para acessar a cura necessária (PEDROSO; MALIK, 2016).

Além destas características, o segmento é intensivo em conhecimento e, ainda assim, apresenta uma elevada velocidade de evolução. Apesar desta acelerada evolução e de ser um dos segmentos que mais investe em pesquisa e desenvolvimento, ainda existem diversas lacunas de conhecimento médico. A informação é distribuída de forma relevantemente assimétrica entre os *players*, embora as ferramentas de comunicação venham reduzindo esta distância, alterando, principalmente, a relação médico-paciente (PEDROSO; MALIK, 2016).

Adicionalmente, a cadeia de valor da saúde é extremamente fragmentada, possui agentes de distintas naturezas, cada qual com um conjunto de informações, objetivos, poderes e responsabilidades em uma intrincada teia de interações. Pedroso e Malik (2016) descrevem como uma cadeia de nove elos, sendo seis verticais e três horizontais. Na sequência horizontal da cadeia estariam os desenvolvedores de conhecimento (pesquisa básica e pesquisa aplicada), seguidos pelos fabricantes de produtos e tecnologias para a saúde, que fornecem para os prestadores de serviços (diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação, etc.). Posteriormente, teríamos os intermediários financeiros da cadeia (operadoras de saúde), que angariam fundos dos financiadores da cadeia (beneficiários) e aplicam os mesmos na contratação dos serviços demandados pelos consumidores (pacientes, indivíduos saudáveis). Na sequência vertical, teríamos os reguladores (ANS, ANVISA, Conselhos profissionais, etc.), regulando e supervisionando toda a cadeia, enquanto na base teríamos os distribuidores dos produtos e serviços médicos (atacado, varejo), além dos fornecedores de serviços gerais (jurídico, tributário, logística, etc.), que suportam toda a cadeia. O esquema reproduzido na Figura 1, abaixo, foi utilizado pelos autores para ilustrar esta interação.

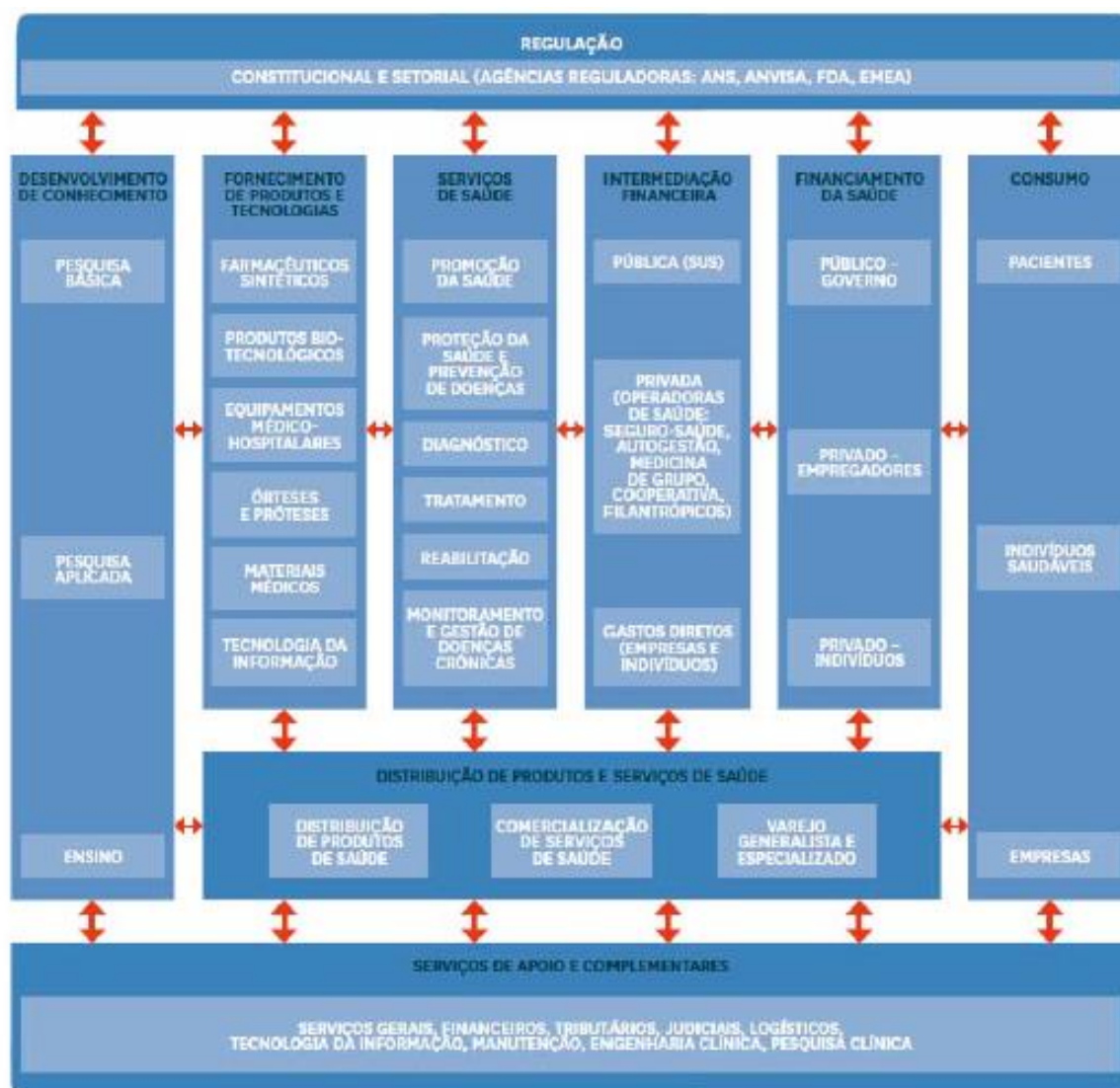


Figura 1: Cadeia de valor da saúde

Fonte: (PEDROSO; MALIK, 2016)

Todos estes agentes, de alguma forma, estão envolvidos seja na prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação e os procedimentos são divididos por sua complexidade (alta, média, baixa). Os procedimentos de baixa complexidade são, de forma geral, atendidos na rede primária. Estamos falando de atendimento às doenças mais comuns, que não demandam internações procedimentos ou exames de maior complexidade. A rede secundária atende casos de média complexidade, incluindo exames de imagem (ex. ressonância magnética, tomografia computadorizada), alguns procedimentos cirúrgicos e os atendimentos de urgência e emergência em prontos-socorros. Por fim, a rede terceirizada, de alta complexidade, atenderia aos procedimentos mais especializados (cirurgia de coluna) e que demandem internações

com maiores níveis de atenção (UTI). Naturalmente, cada nível de atenção têm um custo associado e conforme avança a tecnologia e aumenta a expectativa de vida, vemos uma pressão no custeio do sistema. No Brasil, embora aproximadamente 25% da população utilize o sistema privado de saúde, este é responsável por 60% dos recursos aplicados (PEDROSO; MALIK, 2016).

Neste cenário, é fundamental que haja uma boa gestão dos recursos do sistema, evitando por exemplo a “super-indicação” de exames e procedimentos de maior custo. Neste ponto, vemos um desafio na gestão estratégica de saúde, uma vez que, em geral, gestores oriundos de outros segmentos têm alguma dificuldade para entender as particularidades do sistema, enquanto, por outro lado, gestores oriundos do segmento de saúde tendem a empregar mecanismos decisórios inerentes à formação, que nem sempre promovem a utilização eficiente dos recursos. Em geral, o estilo decisório destes gestores é caracterizado pelo foco no curto prazo, denotando uma deficiência de visão mais estratégica, além de grande autonomia de decisão na ponta e especialização, que proporciona a aplicação do estado da arte em cada intervenção, mas que carece de maior visão sistêmica.

2.7 Conflitos de Agência na Saúde

Assim como ocorre em outros setores da economia, há relativamente farta literatura acerca da aplicação dos conceitos da Teoria da Agência no segmento da saúde. Esta Teoria tem como sua pedra angular a assimetria de informação entre indivíduos, que estabelecem um contrato (tácito ou explícito) para realização de determinada tarefa. De um lado temos o “Principal”, cujo objetivo é o resultado da tarefa contratada, que possui informação deficiente acerca da realização da mesma. De outro lado temos os “Agentes”, que dominam a informação e que são contratados pelos “Principais” para realizar determinada tarefa. Ambos atuam racionalmente, visando a maximização de suas funções de utilidades individuais (RYAN, 1994).

Arrow (1963), em seu artigo seminal, avalia o mercado de serviços de saúde, em especial no que tange o comportamento dos médicos. Aponta a natural assimetria (inequidade) de informação entre o médico e o paciente, a imprevisibilidade dos

resultados dos tratamentos e própria natureza da demanda como motivos para o desenvolvimento de uma relação baseada na confiança, em detrimento da típica relação econômica baseada nas forças de mercado: “*there is a ‘collectivity-orientation,’ which distinguishes medicine and other professions from business, where self-interest on the part of participants is the accepted norms*” (ARROW, 1963. p.949).

A despeito da proposição original de Arrow (1963), diversos autores têm utilizado a Teoria da Agência para explicar relacionamentos na cadeia da saúde. Sato (2007) ressalta que o contexto da saúde complementar é caracterizado por uma série de conflitos de interesse, que podem ser analisados sob a luz da Teoria da Agência. Destaca ainda que estes conflitos, conforme a teoria, podem se expressar de duas formas principais: o *moral hazard* (risco moral), relacionado com o acobertamento das ações e o a seleção adversa, relacionada com o acobertamento das informações.

Sato (2007) foca sua atenção na relação entre a agência reguladora ANS e as operadoras de saúde. Destaca que, originalmente, as operadoras de saúde desempenhavam o papel de principais em sua relação com os beneficiários (agentes). Considerando que as operadoras são menos informadas acerca da saúde dos beneficiários que estes mesmos, buscavam coibir práticas consideradas oportunistas, como a super utilização dos recursos (exames, consultas, etc.), além da seleção adversa. A introdução da agência reguladora ANS, com poderes normativos, fiscalizatórios e punitivos, desloca esta relação uma vez que a ANS, agindo na defesa dos interesses dos beneficiários; assume o papel de principal em sua relação com as operadoras de saúde (SATO, 2007).

Na mesma linha, Moreira (2016) estuda a relação entre a agência reguladora (ANS) e as operadoras de saúde. Especificamente, verifica se a mudança promovida pela introdução da Lei 9.656/98, que alterou a forma de cálculo do reajuste dos planos individuais, influenciou o comportamento dos beneficiários no que tange a utilização de serviços médicos. Explica que a mudança na forma de cálculo dos reajustes dos planos de saúde individuais, que passaram a ser calculados pela ANS com base em um índice desenvolvido por ela própria, funcionou como uma limitação no reajuste para as operadoras. Tal mudança abriu a possibilidade aos beneficiários de mudarem seu perfil de consumo de serviços de saúde (consultas, exames, etc.), uma vez que

não mais sofreriam reajustes em suas mensalidades, relacionados com esta utilização. Esta mudança de comportamento caracterizaria o risco moral.

Baldassare (2014), ao estudar as falhas do mercado de saúde suplementar, aborda igualmente a assimetria de informações, o risco moral e a seleção adversa, concluindo haver uma relação clássica de principal e agentes no relacionamento da ANS com as operadoras de saúde. Neste sentido defende que:

[...] o principal deve se instrumentalizar para induzir o agente a agir em seu interesse. Ao mesmo tempo, esta relação estará mais próxima do equilíbrio à medida que os agentes privados se beneficiarem quando se comportam de modo a favorecer o interesse público e sofram algum prejuízo quando não o fazem (BALDASSARE, 2014, p. 37).

Nicolini (2014) também aborda a relação entre as operadoras de saúde, seus beneficiários e o governo, sob a lente da Teoria da Agência. Em seu estudo, compara as soluções adotadas pelos sistemas brasileiro e americano de saúde suplementar, para corrigir as disfuncionalidades do serviço. Conclui que o sistema público de saúde brasileiro, embora tenha caráter universal, sofre com a escassez de recursos. Como consequência, a qualidade dos serviços prestados, com algumas exceções, é precária, levando as famílias a demandarem serviços na rede suplementar. Neste sentido, a rede pública de saúde desempenha, no Brasil, uma função complementar à rede privada, atendendo todos aqueles que não têm condições de contratar este serviço. Neste sentido, além de regular a atuação através da ANS, o governo brasileiro, de maneira indireta, influencia a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de saúde, através da comparação que os beneficiários fazem destes com serviços gratuitos oferecidos pelo SUS.

Zanatta (2013) aborda os impactos das medidas regulatórias, tomadas pela ANS, na relação entre as operadoras de saúde e seus prestadores de serviço. Através de entrevistas com representantes da ANS, operadoras de saúde e prestadores de serviços, identifica como cada um destes interpreta as normativas emitidas. Explica que originalmente a agência focava na proteção aos beneficiários de planos de saúde, mas, com o tempo, expandiu sua atuação para regular a relação das operadoras com seus prestadores de serviços (médicos, hospitais, clínicas, etc.). Analisa as questões do setor pela lente dos conflitos de agência, conforme demonstrado no esquema 1 abaixo.

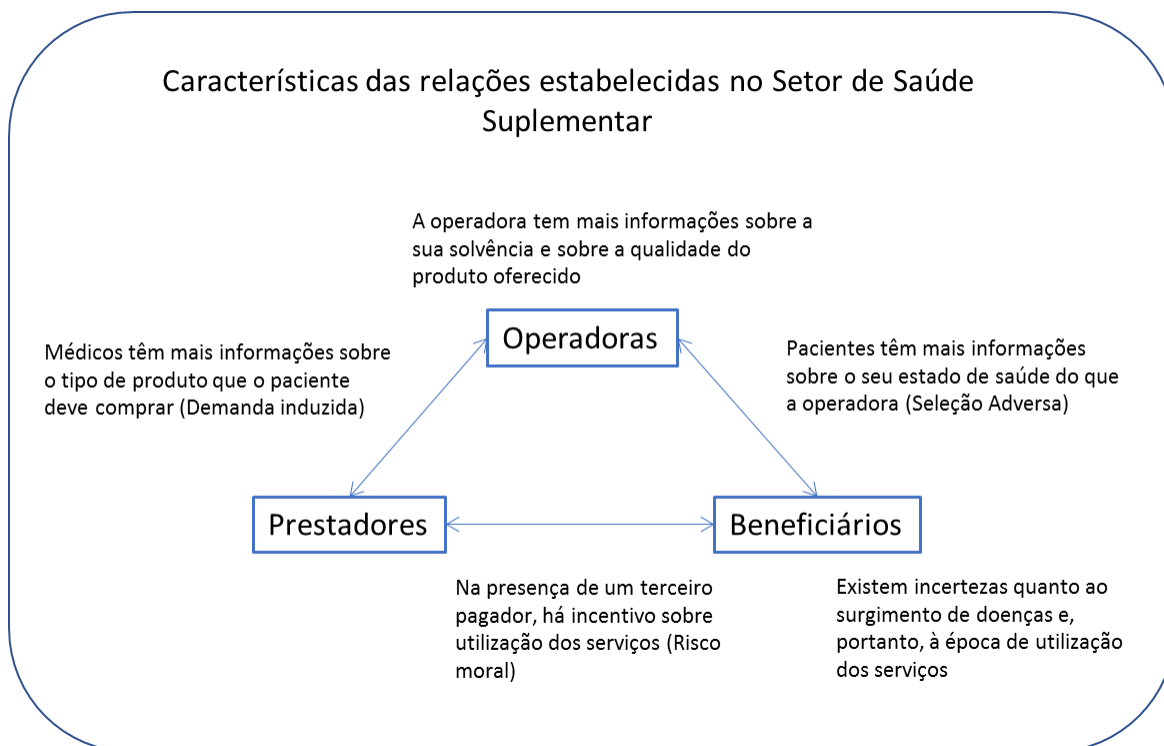


Figura 2: As características e as falhas de mercado das relações que são estabelecidas entre os participantes do setor de saúde suplementar.

Fonte: (ZANATTA, 2013, p. 35).

Bessa (2011), embora não aborde diretamente a questão dos conflitos de agência na saúde suplementar, acaba se deparando com questões relativas ao risco moral e com o efeito *crowding out* em sua pesquisa acerca dos modelos de remuneração dos serviços médicos. A linha de condução de seu trabalho está justamente na necessidade de enquadramento de incentivos como forma de direcionar comportamentos. Avaliando que os métodos então aplicados pelas operadoras de saúde não cumpriam adequadamente este papel, afirma:

Apesar de o pagamento não ser o único fator que influencia o comportamento dos diferentes stakeholders, é um dos mais importantes. Com efeito, políticas de pagamento exercem forte influência nas organizações e nos profissionais responsáveis por oferecer o cuidado à saúde. É necessário que estas políticas estejam alinhadas a fim de encorajar e viabilizar a melhoria da qualidade e eliminar as barreiras financeiras que podem criar obstáculos significativos a este objetivo. Mesmo entre profissionais de saúde motivados a prover a melhor atenção à saúde possível, a estrutura de remuneração pode não facilitar as ações necessárias e até frustrar ações deste tipo (BESSA, 2011, p.35).

Discorrendo acerca das modalidades conhecidas de remuneração médica, aborda suas incongruências e os conflitos resultantes. No modelo de *Fee for Service*, dominante em sua pesquisa, os médicos seriam incentivados a induzir demanda, uma vez que a remuneração está atrelada à produção de atendimentos, onde aqueles de maior complexidade/risco remuneram mais. Já no modelo de *capitation*, no qual o médico (ou serviço a que pertence) tem uma franquia mensal com a qual deve atender toda demanda de uma população específica, haveria o incentivo à contenção de atendimentos. Os pacientes não receberiam todos os cuidados devidos, reduzindo os custos e, desta forma, aumentando o resultado da gestora. O caso de profissionais médicos assalariados entraria no modelo clássico de agente-principal. Uma vez que a remuneração fosse independente da produção, haveria um incentivo para que os profissionais empregassem o menor esforço, maximizando suas funções de utilidade. Desta forma, este modelo estaria associado a baixos níveis de entrega. Já nos modelos onde a remuneração médica estivesse englobada em pacotes pré-definidos com os hospitais (*bundled payment*), verificar-se-ia novamente uma tendência a restrição no atendimento como forma de maximização (BESSA, 2011)

Diante destas contradições, um dos objetivos de pesquisa de Bessa (2011) era justamente avaliar os entraves a implementação, de maneira mais representativa, de modelos de *pay for performance*. Avalia que:

Programas de remuneração por desempenho têm potencial para melhorar os indicadores de qualidade da atenção à saúde, e para diminuir os obstáculos entre os protocolos recomendados e aqueles tratamentos utilizados rotineiramente na prática diária. São também úteis para promover um uso mais eficiente dos recursos destinados à saúde e melhorar os resultados aos pacientes. Tais métodos oferecem incentivos à qualidade e não à quantidade de serviço (BESSA, 2011, p. 45).

Destaca, no entanto, que a implantação de tais modelos apresenta desafios, tanto no campo tecnológico, quanto operacional, uma vez que demanda a categorização e coleta padronizada de um grande volume de dados.

Em sua pesquisa de campo, com gestores de operadoras de saúde e lideranças médicas, um tema surgiu espontaneamente: o comportamento disfuncional de uma parcela dos médicos. Estes receberiam incentivos não declarados de

fornecedores de fármacos e materiais cirúrgicos para indicar a utilização de determinados produtos. Tal comportamento foi apontado como uma das causas da crise do sistema de saúde suplementar, pois, além de aumentar os custos dos tratamentos, oferece risco à população, inadvertidamente submetida a procedimentos desnecessários ou mesmo contraindicados (BESSA, 2011).

Um dos entrevistados desta pesquisa demonstra toda sua indignação com este comportamento disfuncional, conforme trecho a seguir:

Sou filha de comerciante, não tenho nada contra comerciante, só que meu pai fala que é comerciante, bota uma tabuleta na porta dizendo o que ele vende. (...) Agora, você pegar um profissional que presta serviço [de saúde] ou um hospital (...) e fazer disso um comércio de forma sub-reptícia, é que eu acho uma deslealdade muito grande com a sociedade e a população. Do ponto de vista ético, não tem acordo. (...) Eu acho que isso (...) chegou num ponto que (...) pode comprometer a credibilidade da medicina. (...) A sociedade, ela também é alerta para certas coisas e percebe. Ela pode até não dizer ao médico, mas ela percebe, e o médico vive desta credibilidade (BESSA, 2011, p. 70).

Sobre o mesmo tema, um representante da classe médica reconhece o problema, isolando-o, contudo, a uma minoria de profissionais, conforme trecho a seguir:

Todas estas empresas no mundo inteiro e não só no Brasil precisam da caneta do médico. O médico tem que ser honesto o suficiente para não praticar medicina como comércio. Isto está em nosso código de ética, em várias resoluções (...). Eu acredito que a maioria dos médicos se isenta, tem uma pequena minoria que estraga (...). Você pega uma determinada especialidade que usa órtese e prótese, você vê que tem uma minoria que não liga mais para honorário médico, pois o que ganha indicando uma prótese é muito maior, mas isso tem que ser combatido, pois isso é ilegal, imoral e antiético. (...) Agora, você não pode deixar de remunerar um médico por procedimento porque você acha que tem bandidos nesta história. Então, os inocentes vão pagar pelos pecadores? Os pecadores têm que ser punidos e a gente defende esta punição. Recentemente o Conselho Federal de Medicina lançou uma resolução proibindo médico de indicar marca de órtese e prótese. (...) Ele pode especificar o que ele acha melhor para o paciente, mas não pode dizer qual marca. Isso seria exercer a medicina como

comércio. (...)A questão é: o paciente precisa de prótese ou não precisa? (BESSA, 2011, p. 71).

2.8 Corrupção Médica

Conforme visto em Bessa (2011), o tema da corrupção médica está presente e emerge naturalmente nas discussões acerca da remuneração e dos conflitos na saúde suplementar. De fato, Manea (2014) conclui que este é um fenômeno que ocorre em escala global e sua existência está relacionada com a assimetria de informação entre os médicos e os demais *stakeholders*, bem como à natureza do serviço, cuja imprevisibilidade dos resultados é inerentemente alta. Adiciona que algumas políticas distorcem a prática e alimentam este comportamento disfuncional. Dentre estas políticas cita: baixa remuneração dos médicos, o incentivo à indução de demanda e a desconexão entre o beneficiário e o pagador dos serviços. Ressalta, no entanto, a imoralidade deste tipo de prática, visto que, a despeito de todas as distorções apontadas, é sempre esperado dos médicos que ajam no melhor interesse de seus pacientes.

A questão relacionada aos pagamentos realizados pelos fornecedores fármacos e materiais cirúrgicos para médicos levou à promulgação, em 2010 nos Estados Unidos da América, da Lei conhecida como *Physician Payments Sunshine Act* (PPSA), cujo objetivo era justamente lançar luz sob este relacionamento potencialmente conflituoso entre os médicos e os fornecedores. A lei determina que todos os pagamentos realizados a favor de médicos ou hospitais sejam informados em um banco de dados mantido pelo sistema público de saúde. Com a apuração destes dados, verificou-se que os ortopedistas foram aqueles que recebiam a maior parcela dos recursos oriundos da indústria e, dentre estes, aqueles especializados em cirurgias da coluna ficaram com a maior parte (PARISI et al., 2015).

Samuel et al. (2015), em uma análise mais aprofundada dos dados, confirmaram não apenas a prevalência dos ortopedistas no recebimento de pagamentos da indústria, como apontaram ainda a alta concentração destes pagamentos. A pesquisa demonstrou que os 10% que mais recebem concentraram aproximadamente 15% dos

recursos pagos pela indústria. Embora justifique esta relação com a atuação destes médicos no desenvolvimento de novas linhas de produtos, o que de certa forma suporta a inovação, chama atenção para o conflito de interesses e o desenvolvimento potencial de um viés na prática deste médico que recebe recursos.

Dentre os autores que estudaram a base de dados dos pagamentos realizados aos profissionais de saúde, disponibilizada pelo sistema de saúde pública norte-americano, em decorrência do PPSA, uma questão que emergiu foi a dificuldade em acessar e tratar os dados (PARISI et al, 2015; SAMUEL et al, 2015; HWONG et al, 2014).

Perlis e Perlis (2016) cruzaram as informações acerca do recebimento de pagamentos da indústria com o custo médio e o direcionamento das prescrições de tratamento propostas por estes médicos. Apuraram a existência de uma correlação significativa entre o recebimento de recursos da indústria e a prescrição de tratamentos mais caros, com indicação específica de produtos de determinadas marcas. Embora reconheçam a limitação nas suas conclusões, que podem ser deduzidas de tais achados, ressaltam a importância de aprofundar os estudos neste campo.

Algumas pesquisas foram conduzidas especificamente para verificar o relacionamento entre a indústria de materiais cirúrgicos e os médicos. O'Connor et al (2016) desenvolveram uma pesquisa qualitativa etnográfica para verificar a profundidade da relação entre os cirurgiões e os representantes da indústria, dentro do centro cirúrgico. Apontam que os representantes estão presentes em quase todas as cirurgias onde há dispositivos implantáveis e tal presença é não somente permitida como valorizada pelos cirurgiões. Explicam que, dada a complexidade dos sistemas de materiais cirúrgicos, com diversas opções de tamanhos e formatos de implantes e diferentes instrumentos, a presença de um representante que conheça profundamente seus materiais é percebida como um valioso benefício para os cirurgiões. Em algumas respostas, estes apontam situações onde estavam diante de dificuldades ou dúvidas acerca do melhor equipamento a ser utilizado e os representantes orientaram acerca das alternativas. Comentam ainda o papel dos representantes junto à equipe de instrumentação do hospital, uma vez que estes já indicam quais instrumentos serão demandados, bem como a ordem dos mesmos. Há ainda valor percebido no trabalho

dos representantes em relação à organização prévia da cirurgia, garantido que todo que potencialmente for necessário àquele procedimento estará corretamente disposto no centro cirúrgico. Por outro lado, nota-se nas respostas a preocupação dos cirurgiões quanto à excessos por parte dos representantes. Entendem que os representantes devem estar totalmente disponíveis, mas não devem interagir se não for estritamente necessário. Já os representantes percebem ter uma influência muito maior no centro cirúrgico, muitas vezes excedente, inclusive o que eles próprios acreditam ser razoável. A conclusão que os pesquisadores chegaram é que a relação entre os cirurgiões e os representantes é significativamente profunda, levando inclusive ao desenvolvimento do sentimento de lealdade entre ambos. Destacam que tal relacionamento pode enviesar a decisão do médico, configurando potenciais conflitos de interesse.

Gagliardi et al (2017), seguindo na mesma linha, conduziram um estudo focado na relação entre os cirurgiões ortopédicos, cirurgiões maxilo-faciais e neurocirurgiões; e os representantes da indústria de materiais cirúrgicos. Contudo, tal estudo tenta justamente avaliar a percepção dos envolvidos acerca dos conflitos de interesses existentes. Mais uma vez, o resultado aponta para uma relação qualificada pelos respondentes como “simbiótica” entre representantes e cirurgiões. Tão grande a intensidade é representada pela percepção expressa de mútua dependência. Aponta que os médicos têm ciência e tentam gerenciar os conflitos de interesse. Contudo, reconhecem que por vezes se veem impelidos a usar determinados materiais, por conta da relação, em detrimento daquele que, eventualmente, seria mais indicado para o paciente. Na percepção dos cirurgiões, as funções de seu representante incluem: auxiliar nas compras, prover treinamentos, estar presente no ato cirúrgico, fornecer os equipamentos e implantes necessários, auxiliar na montagem dos equipamentos, mitigar riscos de utilização de implantes incorretos, trazer informações sobre recalls, resolução de problemas com os equipamentos no centro cirúrgico, prover suporte financeiro direto ou indireto. Com tais atributos, a presença dos representantes é percebida pelos cirurgiões como benéfica aos pacientes.

Perret e Rosen (2011) abordam, através de estudos de casos, situações de conflito de interesses geradas pelo modelo de relacionamento entre a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e os médicos. Apontam como as pesquisas

subsidiadas pela indústria podem enviesar a avaliação dos médicos. Criticam especificamente as “vantagens” oferecidas aos médicos, sob a forma de programas de educação continuada, consultorias e *royalties*. Indicam a necessidade de reestruturar o segmento, desenvolvendo um novo modelo, que seja voltado à prestação de serviços médicos, em detrimento do comércio de drogas e materiais:

Physicians have duties and obligations on both an individual level and a public level. They are to provide humanitarian care to the patient while doing no harm and, at the same time, to sustain the role of medicine for the overall public good [34]. The broad challenges facing the contemporary pain physician include the regulation of interventional techniques and the use of opioid analgesics in chronic noncancer pain. All physicians must realize the pervasive effects of the industry on medical practice and the many subtle ways in which they occur. We should be emboldened by the ideals and goals of the AME, as well as the new law of the land—the Physician Payment Sunshine Act. Medicine should return to being independent, unbiased, and guided only by what is best for the patient, not necessarily what the patient or medical manufacturers want. Medicine needs doctors to be the problem solvers. Medicine needs physician-driven solutions (PERRET; ROSEN, 2011, p. 1370).

Woolhandler, Ariely e Himmelstein (2012) alertam para o fato que modelos de pagamento por performance na saúde, ao contrário do que se espera, podem levar à piora na qualidade do tratamento ofertado. Utilizando evidências do ramo da economia comportamental, defendem que em tarefas complexas, onde há uma motivação intrínseca natural ao agente para o desempenho da função, a introdução de mecanismos de recompensas contingenciais pode afetar negativamente a motivação e, conseqüentemente, a performance. Através de exemplos extraídos de modelos de pagamento por performance efetivamente implantados, apontam para mudança no comportamento dos médicos, que passaram a “jogar” (*gaming*) com o sistema de forma a maximizar seus resultados. Por fim, compartilham a preocupação que: “[...] *pay for performance may not work simply because it changes the mindset for good doctoring*”. (WOOLHANDLER; ARIELY; HIMMELSTEIN, 2012, p. 2).

Na mesma linha, Gravelle, Sutton e Ma (2009) levantaram uma série de comportamentos disfuncionais originados, a partir da implantação do programa de pagamento por performance do Reino Unido. Demonstraram, em sua pesquisa, uma

mudança no comportamento das codificações da doença, de acordo com fatores que, em tese, não deveriam ter influência, tais como o nível da concorrência de outros médicos na vizinhança ou mesmo a posição em que o médico se encontra em relação às fronteiras de pagamento do programa. Tais comportamentos caracterizam a prática do *gaming*, corroborando a hipótese que os agentes aprendem como lidar com mecanismos extrínsecos de controle e recompensa, e passam a agir de forma a explorar as oportunidades que estes mecanismos abrem de maximização individual de resultado. Portanto, tais achados corroboram com a hipótese de mudança no *mindset* dos médicos, distanciando-os de sua motivação natural para promover o melhor tratamento aos seus pacientes.

Kolstad (2013) propõe uma abordagem na qual tenta aliar motivação intrínseca com recompensas contingenciais. Utilizando um modelo de cartões de resultado (*report cards*) para um tipo específico de cirurgias, como revascularização do miocárdio (comumente chamada “ponte de safena”). Seu estudo aponta uma mudança no comportamento dos cirurgiões pela introdução de tais cartões, a qual é relacionada à vontade inerente destes médicos em desempenhar bem sua profissão e a comparação com os pares serviria como combustível motivacional. Embora reconheça as limitações do estudo, que dentre outras focou em um tipo específico de procedimento, cujos resultados são relativamente fáceis de mensurar, defende que:

[...] these results provide an empirical first step and guidance on the potential role for mixed incentives in determining skilled professionals' effort and investment. The findings also contribute to our understanding of the effects of quality reporting in health care and inform policy making in this market (KOLSTAD, 2013, p. 2904).

Buerba et al (2013) aborda especificamente a questão dos conflitos de interesse inerentes à cirurgia da coluna vertebral. Aponta que de certa forma tal conflito exista em diversas áreas da medicina, é especialmente crítico na cirurgia de coluna, dada a imbricada relação entre os cirurgiões e a indústria de materiais cirúrgicos. Sobre este assunto especificamente, Viola et al. (2013) conduzem um estudo no Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo, Brasil), no qual apontam uma alta taxa de divergência entre o tratamento originalmente indicado aos pacientes e aquele definido após revisão pelas equipes de coluna no hospital. Numa amostra de 419 pacientes encaminhados ao hospital com indicação de cirurgia, apenas 103

(24,6%) tiveram a indicação corroborada pelas equipes do hospital. Dentre estes, havia ainda uma diferença da abordagem indicada, representando uma diferença em custo de tratamento na ordem de 22,5%.

Tais discrepâncias estão associadas à falta de padronização e a grande quantidade de opções de tratamento existentes para as desordens da coluna. Contudo, podem estar associadas à indução de demanda, motivada por um comportamento disfuncional por parte dos médicos (ZIMMER, 2013).

3 MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Soares (2012) afirma que “o trabalho médico deve ser remunerado de forma diretamente proporcional à quantidade de horas trabalhadas”, complementa ainda que a remuneração deve ter paralelo com “profissionais que possuam equivalente nível de graduação e qualificação, e ao risco inerente a cada paciente tratado”. Esta linha de raciocínio fundamenta a tese de que a melhoria nos indicadores de qualidade e eficiência do setor passaria pela implementação de modelos que propusessem incentivos adequados para os prestadores de serviços da cadeia.

Uma primeira distinção entre os modelos de remuneração de prestadores de serviço da saúde está em seu caráter prospectivo ou retrospectivo. Modelos prospectivos são aqueles no qual o prestador recebe uma remuneração pré-determinada para colocar seu tempo e expertise à disposição do comprador destes serviços. Dentre estes modelos estariam o assalariamento e a capitação. Os modelos retrospectivos, por sua vez, remunerariam o serviço efetivamente prestado, com base em dados históricos, dentre estes podemos citar o *Fee for Service* ou *Pay for Performance* (SOARES, 2012).

É importante ressaltar a visão do autor acerca dos riscos assumidos por cada parte nestes diferentes tipos de modelo de remuneração. Embora nos modelos prospectivos a remuneração do agente seja pré-determinada, considera que neste modelo este carrega o risco, uma vez que a demanda por serviços é incerta. Haveria, pois, o risco de o agente ser chamado a empreender mais esforços do que previra quando acertara o contrato. Em contraposição, no modelo retrospectivo, o principal contratante teria a incerteza acerca do valor final dispendido, uma vez que seria função do atendimento efetivamente prestado. Haveria, implicitamente neste tipo de modelo, o incentivo aos agentes, para ofertarem uma maior quantidade de serviços na ocasião do efetivo atendimento aos pacientes, maximizando desta forma sua remuneração e onerando ao principal (SOARES, 2012).

Suportando esta linha de raciocínio, Rice (1983) avalia os impactos das mudanças de modelos remuneração de serviços médicos na demanda pelos mesmos. Seu estudo, realizado entre 1976 e 1978 encontrou evidências de indução de

demanda por parte dos prestadores de serviço, em consequência das mudanças havidas no modelo de pagamentos do sistema norte-americano *Medicare*. Simonet (2005) destaca, no entanto, que a despeito da evidente relevância da remuneração, existem outros fatores que podem influenciar na motivação dos médicos.

Dentre os sistemas existentes de remuneração dos prestadores de serviço, destacam-se os indicados nas seções seguintes.

3.1.1 Pagamento por Serviço (*Fee for Service*)

Neste modelo, os prestadores são remunerados conforme uma tabela de valores pré-definida para cada tipo de atendimento prestado. Assim, os prestadores têm autonomia para decidir os procedimentos adotados em cada situação e seriam incentivados a realizar uma maior quantidade de serviço possível, independente de eficácia e eficiência (SOARES, 2012). Haveria, portanto, uma recompensa associada a prestação de serviços ainda que inapropriados, induzindo a condutas fraudulentas, encaminhamentos desnecessários a especialistas e um consequente descolamento entre a prática e o objetivo (SIMONET, 2005).

Koyama (2006) aponta que o sistema de saúde privado brasileiro é essencialmente baseado no modelo de *Fee for Service* e, embora este provoque aumento de custo em função da maior oferta de serviços, não haveria comprovação de melhoria da qualidade sob a perspectiva dos usuários (pacientes). O efeito prático da prevalência deste modelo de remuneração no sistema brasileiro de saúde suplementar evidencia-se no grande número de questionamentos, por parte das operadoras de saúde, acerca dos tratamentos propostos pelos médicos. Tais questionamentos são tratados tanto no âmbito das próprias operadoras, ou da agência reguladora ANS, ou na justiça, onde juízes são chamados a decidir acerca de um assunto que não é de seu domínio, tendendo a acatar, preventivamente, a opinião do profissional médico. Neste sentido, o modelo de *Fee for Service* estaria intimamente ligado tanto com a burocracia controladora do sistema de saúde supletivo quanto com a chamada judicialização da saúde (SOARES, 2012).

O sistema norte-americano *Medicare*, igualmente baseado no sistema de *Fee for Service*, enfrentaria o mesmo tipo de desafio, com alto volume de fraudes cometidas pelos prestadores de serviço. A despeito do esforço empreendido pelos reguladores locais, a natureza “escorregadia” e “sinuosa” do serviço (RAI, 2001) dificultaria a correta identificação da real necessidade de tratamento médico. Tal situação tende a provocar um desmanche no sistema (PORTER; LEE, 2016).

3.1.2 Pagamento por Protocolo (*Bundled Payment*)

Pagamentos por protocolos são valores pré-estabelecidos por tipo de tratamento necessário. A diferença entre estes e o *Fee for Service* refere-se ao fato de que os protocolos englobam todos os serviços (e materiais) necessários para a realização de determinado procedimento. São modelos utilizados principalmente no âmbito de hospitais e podem incluir: diárias de internação, honorários médicos, exames, materiais hospitalares, medicamentos, dentre outros (BESSA, 2011). Uma vez que os custos associados a determinado tratamento são pré-definidos, o contratante do serviço passa a ter maior previsibilidade de gastos (KOYAMA, 2006).

3.1.3 Capitação (*Capitation “Managed Care”*)

O sistema de capitação foi introduzido com bastante alarido na década de 1990 nos Estados Unidos da América e representou um ‘pequeno passo’ adiante em relação ao sistema de *Fee for Service*. Neste modelo, as operadoras de saúde deixam de contratar diretamente diversos provedores de serviços e produtos para saúde. Ao invés disso, definem um único provedor que assume a responsabilidade de prover o devido atendimento a todos os indivíduos de determinada população. A operadora e o provedor determinam um valor de remuneração considerando as características demográficas do grupo de indivíduos atendido. O modelo tem méritos, pois incentiva a utilização eficiente dos recursos por parte do agente. Uma vez que a receita percebida pelo agente está previamente estabelecida, o resultado financeiro fica diretamente atrelado aos gastos incorridos nos tratamentos ofertados. Contudo, o

modelo original de capitação apresenta uma grave limitação, visto que a mensuração dos resultados é feita de maneira genérica, tomando toda uma população coberta como base. Por não individualizar os resultados, verificou-se, nos locais onde o modelo de capitação foi adotado, uma redução na oferta geral de serviços, principalmente aqueles de maior custo relativo. Como uma tentativa de corrigir estas distorções, novos sistemas de capitação passaram a incluir alguma medida de qualidade do serviço prestado. Ainda assim, o sistema peca, pois não individualiza a mensuração da efetividade do atendimento e, principalmente, dificulta o estabelecimento de mecanismos de competição entre potenciais provedores (PORTER; KAPLAN, 2016).

Balzan (2000) descreve o modelo de capitação como aquele no qual o provedor assume a responsabilidade pelo tratamento de todos os indivíduos de determinado grupo demográfico. Como contrapartida, recebe uma remuneração fixa, pré-definida, por indivíduo sob gestão. Desta forma, o prestador assume riscos, caso os indivíduos do grupo venham a demandar uma quantidade de serviços, cujo custo total supere a receita associada ao grupo. Tal conformação obriga ao provedor que tenha extremo controle de custos, potencialmente direcionando o foco do serviço para atividades de medicina preventiva.

Alguns críticos argumentam que este modelo de remuneração levaria aos agentes a prover uma quantidade de serviços menor do que demandada pela população atendida, como forma de maximizar seus resultados. Outros rebatem que os ganhos do modelo são oriundos de melhores negociações com provedores finais de serviços e materiais (DOR; GROSSMAN; KOROUKIAN, 2004).

3.1.4 Remuneração por Performance (*Pay for Performance*)

Os modelos de pagamento por performance estão associados ao *constructo* de meritocracia e são amplamente difundidos e utilizados em diversos segmentos da economia. Lazear (1996) afirma que a relação entre incentivos e performance dos trabalhadores é um dos pilares da teoria econômica. Sua pesquisa, realizada em uma empresa de vidros para indústria automobilística americana, evidenciou uma melhoria

significativa de performance com a introdução de mecanismos contingentes de recompensa. Embora reconheça a dificuldade de mensuração em alguns casos, bem como os custos associados, defende que sempre que o incremento no desempenho for relativamente superior a estes custos, o mecanismo seria indicado.

Baker (1992) associa diretamente os modelos de relação com a Teoria da Agência e descreve, de acordo com o nível de assimetria de informação existente e a relação direta do esforço do agente com o resultado marginal da empresa, a melhor composição entre salário fixo, remuneração por performance individual (ex. comissão de vendas) e remuneração por performance coletiva (Ex. *stock options*). Ressalta, no entanto, o risco de mecanismos de recompensa contingente levarem os agentes a agirem de forma disfuncional (*gaming*), ou seja, buscando meios de aumentar a remuneração percebida, sem, efetivamente, aumentar o esforço empregado.

Pfeifer e Shields (2015), estudam o efeito da utilização de mecanismos de remuneração por performance para executivos de corporações no valor de mercado da empresa. Seus achados apontam que os investidores tendem a valorizar mais empresas, cuja remuneração dos executivos estaria atrelada ao desempenho da firma. Concluem que este mecanismo seria visto pelo mercado acionário como uma forma de seleção positiva dos melhores quadros e desincentivo ao oportunismo (*moral hazard*).

Seguindo a experiência de outros segmentos, há em curso a discussão acerca da implantação de modelos de pagamento por performance para os serviços de saúde, médicos especialmente. Porter e Teisberg (2006) pesquisaram o mercado norte americano de saúde, buscando identificar porquê o sistema apresentava uma performance tão pífia, porquê os custos eram tão elevados e continuavam subindo rapidamente, porquê a qualidade dos tratamentos oferecidos era tão assimétrica e porquê havia tantas evidências de problemas na qualidade geral dos serviços. Embora tenham vivenciado situações onde a mais avançada medicina é aplicada, com resultados extraordinários para os pacientes, encontraram alta variação entre a qualidade do serviço prestado por diferentes provedores e regiões, bem como altas taxas de erros médicos. Seus achados apontaram, dentre outros fatores, para um sistema de competição ineficiente e um desalinhamento entre os incentivos existentes e os objetivos gerais do sistema.

Providers should be rewarded for competing regionally and nationally, or even internationally, to deliver the best value in care for particular medical conditions. Instead, providers' incentives, just like health plans' incentives, reinforce zero-sum competition. Ironically, however, while health plan incentives reinforce overly broad competition that neglects health outcomes, physician incentives tend to reinforce overly narrow, fragmented care. Physicians are motivated to provide discrete services, rather than compete on value over the full cycle of care (PORTER e TEISBERG, 2006, p.66).

Com base nestes diagnósticos, Porter e Teisberg (2006) propõem uma série de mudanças na organização do sistema de saúde, tendo como base o realinhamento dos incentivos propostos para os provedores de serviços, aos resultados efetivos de cada tratamento realizado. Ressaltam que estes resultados devem ser baseados na aferição do valor do tratamento para a saúde dos pacientes e não em protocolos pré-estabelecidos de tratamento por condição clínica. Definem, para tanto, valor na saúde, como sendo a mensuração do resultado clínico obtido por dólar gasto, comparado com tratamentos semelhantes. Indicam que estes devem ser mensurados e estar plenamente disponíveis no sistema de saúde e os provedores devem ser recompensados pela geração de valor.

Na mesma linha, Bessa (2011) estuda a viabilidade de implantação de sistemas de pagamento por performance no Brasil e aponta que estão sendo implantados em mais de 20 países em desenvolvimento, na África e na Ásia. Todos atrelam, de alguma forma, incentivos financeiros a resultados observados, conforme padrões pré-definidos. Sua pesquisa com gestores de operadores de saúde e lideranças dos órgãos reguladores e conselhos de classe (médicos) aponta uma predominância na intenção de introduzir no sistema brasileiro de saúde suplementar modelos de remuneração dos médicos, baseados na performance verificada. A mesma pesquisa apontou a forte percepção de que o modelo de *fee for service* estaria na origem das distorções existentes. Rai (2001), embora reconheça as dificuldades de implantação de modelos de remuneração por performance, defende que apenas com o alinhamento dos incentivos financeiros seria possível conter as fraudes e abusos relacionados com o este modelo.

Um ponto comum na literatura relativa aos sistemas de remuneração por performance é a necessidade da implantação de robustos sistemas de informatizados,

que permitam a correta captura, categorização e disponibilização dos dados relativos a cada tratamento empregado (PORTER e TEISBERG, 2006), (BESSA, 2011), (SOARES, 2012), (ADLER et al., 2003).

De fato, a complexidade da coleta e categorização dos dados é um dos maiores desafios à efetiva implantação de modelos baseados em performance. A heterogeneidade das condições clínicas, envolvendo fatores genéticos, comorbidades, aspectos socioculturais, adoção disciplinada do tratamento, dentre outros, tornam a comparação entre casos extremamente difíceis. Além disso, o próprio aprofundamento do trabalho de diagnóstico pode ser usado para aumentar o risco associado a cada paciente, influenciando no denominador da conta da performance (HIMMELSTEIN; ARIELY, 2014).

Modelos de pagamento por performance na saúde ainda não foram devidamente testados e validados. A primeira experiência relevante de aplicação de um modelo amplo de remuneração por performance ocorreu no Reino Unido, em 2004, com a implantação do programa *Quality and Outcomes Framework* (QOF), através do qual até 25% da remuneração paga aos médicos estava atrelada a um painel de 174 indicadores, incluindo 76 objetivos clínicos. Tal programa resultou em um aumento de aproximadamente 1,6 bilhões de dólares nos custos anuais da saúde local e os resultados obtidos são amplamente contestados. Modelos semelhantes foram introduzidos em outras localidades, com destaque para os programas *Medicare* dos Estados Unidos e Austrália (GLASZIOU et al., 2012).

4 METODOLOGIA

Propomos em nossa pesquisa identificar diferenças estatisticamente significativas nas preferências por recompensa e valores de grupos de médicos que sofrem distintas pressões normativas em sua prática profissional. A pesquisa consistiu no envio questionários a profissionais de medicina de diversas especialidades, baseando-se na técnica de amostragem do tipo bola-de-neve. Segundo essa técnica, os questionários são distribuídos a diversos grupos, solicitando que estes também a encaminhem a outros que pertençam à mesma população. Dessa forma, apesar de apresentar limitações quanto à aleatoriedade, a amostragem do tipo bola-de-neve simplifica o acesso ao grupo de interesse de maneira ágil e prática (Malhotra, 2001).

Ao total, foram respondidos 160 questionários, entre os dias 3 e 12 de novembro de 2017, todos válidos e completos. A amostra final foi composta por médicos entre 24 e 69 anos, com média de 42 anos e mediana 41, atuantes nas cinco regiões brasileiras, e com experiências variando entre 1 e 44 anos de atividade, com média de 18 anos e mediana 16.

Da mesma maneira que Costa et al. (2010) e Wittmer (1991), o questionário distribuído apresentava a cada respondente os seguintes itens: “Ganhar mais”; “Fazer um trabalho que seja útil aos outros”; “Ter independência profissional”; “Ter o respeito dos colegas pela qualidade do seu trabalho”; “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas”; “Conquistar status e prestígio”; “Poder fazer um trabalho socialmente relevante”; e “Deixar um legado para a minha especialidade”. Tais itens se referem às suas preferências, por recompensas e aos seus valores, solicitando-se ao respondente o respectivo ordenamento, de acordo com sua predileção.

Como os estudos de Costa et al. (2010) e Wittmer (1991) consideravam apenas funcionários públicos e suas preferências, algumas modificações precisaram ser efetuadas, uma vez que nem todas as variáveis relevantes para o trabalho no setor público eram coerentes com o exercício da medicina. Nesse sentido, os itens “Ter segurança de permanecer no emprego” e “Obter promoção”, presentes nessas pesquisas, foram substituídos por “Ter independência profissional” e “Deixar um legado para minha especialidade”, retribuições mais alinhadas ao contexto médico.

Posteriormente, foram realizadas análises estatísticas de comparação de médias, ao longo das quais foram distinguidos os grupos: “Cirurgia de coluna”; “Cirurgia (outras especialidades)”, e “Demais médicos”. Enquanto a primeira categoria engloba cirurgias, cuja atividade principal reportada foi a realização de cirurgias da coluna vertebral, a segunda categoria engloba todos os cirurgões dedicados a outras modalidades de cirurgia, que não envolvem coluna vertebral. Por sua vez, o grupo “Demais médicos” compreende todos os médicos, cuja atividade principal não está relacionada à procedimentos cirúrgicos.

A tabela 5, a seguir, apresenta a distribuição das respostas pelos tipos de categoria médica:

Tabela 3: Respostas por categoria média

	Frequência	Percentual
Cirurgia (Coluna Vertebral)	27	17%
Cirurgia (Outras Especialidades)	42	26%
Demais Médicos	91	57%
Total	160	100%

Já no momento seguinte, a partir da coleta e tabulação dos dados, foi realizada análise baseada na técnica da Análise da Variância (ANOVA), a fim de verificar a existência de diferença significativa entre as médias de diferentes grupos. Vale ressaltar que a ANOVA testa se as médias dos diferentes grupos são iguais, indicando se pelo menos uma delas difere das demais. Como no presente estudo são consideradas três categorias, sua avaliação identifica apenas se pelo menos uma delas apresenta uma média diferente das outras, para aquela variável específica. Sendo assim, é necessário o uso de outros instrumentos estatísticos para a detecção do grupo específico que se distingue dos demais. Em nosso estudo, optamos pelo teste de Bonferroni, que será aprofundado mais adiante.

Além disso, com o objetivo de corroborar com a ANOVA, foi realizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, da mesma maneira utilizada por Costa et al. (2010)

e Wittmer (1991). Esse teste funciona de maneira análoga à ANOVA, porém consiste em uma análise não paramétrica, que não assume a normalidade da amostra em questão (Kruskal and Wallis, 1952; Siegal, 1956).

Antes de comparar as variáveis de interesse, a ANOVA foi utilizada para comparar as médias de “idade” e “tempo de formado” de cada grupo. Isso foi feito com o intuito de verificar a ocorrência de alguma discrepância estatisticamente significativa entre os grupos “Cirurgias de coluna”, “Cirurgia (outras especialidades)”, e “Demais médicos”, o que ocasionalmente poderia trazer algum viés para a amostra. Mais especificamente, dado que a idade dos médicos e o seu tempo de formado podem influenciar em sua preferência por recompensa e valores, e considerando que poderia ocorrer uma maior de concentração etária ou de experiência em um grupo, a análise busca averiguar a isonomia da amostra.

Em outras palavras, a idade dos médicos e o seu tempo de formado podem influenciar em sua preferência por determinadas recompensas e valores, é importante identificar se a amostra é homogênea quanto à faixa etária. Por exemplo, médicos mais jovens ou recém-formados, por estarem em começo de carreira, poderiam se preocupar prioritariamente com a sua remuneração, enquanto médicos mais velhos, já com uma situação financeira mais confortável, poderiam concentrar suas preferências em fazer um trabalho útil aos outros. Vale dizer que, embora altamente correlacionadas, a análise aborda as variáveis de maneira isolada, assim não comprometendo sua validade.

Tabela 4: Análise da variância por idade e por tempo de formado

	Cirurgia (Coluna Vertebral)	Cirurgia (Outras Especialidades)	Outros	
	Média	Média	Média	Valor F
Idade	44,18	43,57	41,83	0,87
Tempo de Formado	19	19,14	17,15	0,79

*p<0,05

Como exposto na tabela 2, a ANOVA indica que não existe nenhuma diferença significativa entre as médias dos respectivos grupos. Dessa forma, as variáveis “Idade” e “Tempo de Formado” não apresentam discrepância entre as categorias analisadas, indicando que a amostra é homogênea e não guarda nenhum viés dessa natureza. Vale dizer que todos os procedimentos estatísticos foram feitos no software Stata versão 15.0.

5 RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados obtidos e apresentados a seguir representam valores e preferências de médicos atuantes no Brasil, no que diz respeito às suas recompensas. Como fica exposto na tabela 7, a análise de variância deixa claro que não existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à sua preferência média por recompensas e valores no que tange “Ganhar mais”, “Fazer um trabalho que seja útil aos outros”, “Ter independência profissional”, “Ter o respeito dos colegas pela qualidade do seu trabalho”, “Conquistar status e prestígio”, e “Poder fazer um trabalho socialmente relevante”. Por outro lado, a mesma tabela evidencia que existe uma diferença significativa entre os grupos em suas preferências por “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas” e “Deixar um legado para a minha especialidade”.

Sendo assim, a ANOVA indica que, na média, os três grupos analisados apresentam preferências similares para recompensa e valores em questão, com exceção de “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas” e “Deixar um legado para a minha especialidade”. Em termos estatísticos isso é comprovado pela baixa significância que o valor F dessas variáveis apresenta, como demonstrado na tabela.

O teste de Kruskal-Wallis endossa integralmente o resultado da ANOVA, atribuindo significância próxima de zero apenas para o valor F referente a comparação de médias para as variáveis “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas” e “Deixar um legado para a minha especialidade”.

Tabela 5: Análise da variância dos rankings de preferências por recompensa por tipo de atividade médica/categoria

	Cirurgia (Coluna Vertebral)		Cirurgia (Outras Especialidades)		Outros		Valor F	Teste Kruskal-Wallis χ^2
	Média	Posição	Média	Posição	Média	Posição		
Ganhar mais	4,88	5º	4,07	5º	4,46	5º	1,20	2,16
Fazer um trabalho que seja útil aos outros	3,25	1º	2,54	1º	2,67	1º	1,17	2,69
Ter independência profissional	3,44	2º	3,59	2º	3,79	3º	0,33	0,61
Ter o respeito dos colegas pela qualidade do seu trabalho	4,29	4º	4,02	4º	4,01	4º	0,23	0,45
Cultivar amizades e relações cordiais com colegas	6,00	7º	5,50	6º	4,74	6º	7,13*	13,36*
Conquistar status e prestígio	5,88	6º	6,47	8º	6,58	8º	1,64	3,05
Poder fazer um trabalho socialmente relevante	3,92	3º	3,95	3º	3,65	2º	0,38	0,65
Deixar um legado para a minha especialidade	4,29	4º	5,83	7º	6,07	7º	7,37*	10,84*

*p<0,05

Em síntese, o teste da ANOVA e o teste de Kruskal-Wallis mostram que existe diferença entre grupos para suas preferências por “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas” e “Deixar um legado para a minha especialidade”. Contudo, não deixam claro qual grupo se destoa em cada um desses itens. Assim, buscando entender quais deles se diferem em relação a essas duas variáveis, é apresentado nas tabelas 4 e 5 um teste de Bonferroni, respectivamente para as variáveis “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas” e “Deixar um legado para a minha especialidade”. Diante de comparações múltiplas, como o caso da ANOVA, o teste de Bonferroni permite identificar quais grupos se diferem dos demais, seguindo os mesmos princípios da ANOVA, porém de modo sintético. Ou seja, em vez de comparar cada grupo individualmente por meio de diversas ANOVAs – o que também seria uma possibilidade – o Bonferroni já identifica quais grupos apresentam médias diferentes. No contexto deste trabalho, tendo em mente as variáveis “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas” e “Deixar um legado para a minha especialidade”, o teste de Bonferroni busca identificar qual grupo se destoa dos demais no que diz

respeito à sua preferência pelo cultivo de amizades e relações com colegas e ao seu legado na área.

Como fica exposto nas tabelas 4 e 5, o grupo “Demais médicos” se difere das demais categorias no que se refere a “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas”, da mesma forma que a tabela 5 mostra que o grupo “Cirurgiões de coluna” se difere dos demais no que se refere a “Deixar um legado para a minha especialidade”. Mais especificamente, enquanto “Demais médicos” apresenta uma maior preferência que os demais grupos em relação ao cultivo de amizades com seus pares, o grupo de “Cirurgia de coluna” apresenta uma maior preferência que os demais em relação ao seu legado para área.

Tabela 6: Teste de Bonferroni da variável “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas”

	Cirurgia (Coluna Vertebral)		Cirurgia (Outras Especialidades)	
	Dif. Médias	Sig	Dif. Médias	Sig
Cirurgia (Coluna Vertebral)				
Cirurgia (Outras Especialidades)	-0,05	0,67		
Outros	-1,25*	0,00	-0,75*	0,04

*p<0,05

Tabela 7: Bonferroni da variável “Deixar um legado para a minha especialidade”

	Cirurgia de coluna		Cirurgia (outras especialidades)	
	Dif. Médias	Sig	Dif. Médias	Sig
Cirurgia (Coluna Vertebral)				
Cirurgia (Outras Especialidades)	1,53*	0,01		
Outros	1,78*	0,00	0,24	1

*p<0,05

Em termos estatísticos, o teste de Bonferroni aponta que a média de “Demais médicos” para “Cultivar amizades e relações cordiais com colegas” se difere da média de “Cirurgia de coluna” considerando uma significância próxima de 0%, e se difere da média de “Cirurgia (outras especialidades)” a uma significância de 4%. De maneira similar, “Cirurgia de coluna” se difere da média de “Cirurgia (outras especialidades)” a uma significância de 1%, e se difere da média de “Demais médicos” a uma significância próxima de 0%.

De um modo geral, pode-se dizer que as análises indicam uma semelhança muito grande entre a preferência de recompensa nos três grupos. Das oito variáveis avaliadas, apenas em duas os grupos apresentam divergência significativa, mostrando um alinhamento consistente entre cirurgiões de coluna, cirurgiões de outras especialidades e demais médicos no que diz respeito às suas preferências. Além disso, vale ressaltar que mesmo nos casos em que os testes estatísticos apontam diferenças de médias significantes, apenas um grupo difere dos outros dois, que por sua vez não diferem significativamente entre si. Ou seja, até mesmo nos casos em que há diferença, essa diferença se refere apenas a um grupo em relação aos outros dois, não existindo, portanto, uma diferença generalizada entre eles.

6 CONCLUSÕES

Em nossa pesquisa levantamos a configuração da cadeia da saúde suplementar, mapeando interações e potenciais conflitos de interesses entre os agentes. Focamos atenção na inserção dos médicos nesta cadeia buscando entender as pressões normativas que estão sujeitos distintos grupos, de acordo com especificidades de suas práticas profissionais. Contribuiu para este levantamento a experiência profissional do autor que estão também inseridos na cadeia, interagindo com os agentes, em especial com um grupo de cirurgiões de coluna vertebral que são objeto central da pesquisa.

Com base na Teoria Institucional, buscamos observar a inserção dos médicos na cadeia da saúde. Vimos que existe uma pressão normativa para que estes profissionais se adequem à determinados padrões de diagnóstico, procedimentos e tratamentos, determinados por operadoras de saúde ou hospitais. Em muitos aspectos, esta pressão é percebida como mecanismo de coerção, conflitando com aspectos cognitivos inerentes à profissão.

Nossa pesquisa apontou que uma parte dos agentes da cadeia da saúde aborda a questão da normatização à luz da Teoria da Agência. Neste sentido, mapeamos modelos propostos cujo objetivo seria direcionar o comportamento dos médicos através de mecanismos de recompensa monetária ou controle e fiscalização. Por outro lado, o referencial teórico que levantamos aponta a possibilidade de que tais mecanismos, de fato, provoquem o efeito *crowding out* reduzindo a motivação intrínseca destes profissionais para realizar com excelência suas funções e, potencialmente, levando-os a reagir, jogando contra tais pressões (*gaming*).

Desta forma, a pesquisa, através do referencial teórico, nos levou a uma dualidade na interpretação do comportamento de grupos específicos de médicos da cadeia. Por um lado, teríamos a visão de que tais comportamentos disfuncionais seriam fruto de posturas oportunistas características de agentes em situações em que a assimetria de informação permitisse obtenção de vantagens adicionais. Por outro

lado, vemos autores que propõe uma abordagem relacionada à redução da motivação intrínseca como fruto da pressão normativa sofrida por estes profissionais.

Contribuindo para este debate, nossa pesquisa propôs como objetivo verificar um eventual deslocamento na preferência por recompensa e valores dos médicos cirurgiões da coluna vertebral em comparação aos seus pares de outras especialidades. Para tanto, aplicamos em uma amostra de 160 médicos um questionário adaptado de Costa et al. (2010) onde os itens “Ter segurança de permanecer no emprego” e “Obter promoção”, foram substituídos por “Ter independência profissional” e “Deixar um legado para minha especialidade”, por estarem mais adequados à realidade do público alvo.

Através da comparação das médias atribuídas pelos distintos grupos de médicos não encontramos diferença estatisticamente relevante na preferência por recompensa de nenhum grupo de médicos estudados. **Tal achado nos leva a refutar a hipótese de que haveria diferença na preferência por recompensa entre os distintos grupos de médicos.**

É importante ressaltar que, ao refutarmos a hipótese que haveria diferença na preferência por recompensa entre os grupos pesquisados, não estamos afirmando estes têm a mesma percepção acerca de sua inserção no ambiente profissional. Conforme vimos, cirurgiões de coluna têm sido constantemente associados à comportamentos disfuncionais (CARAI et al., 2013; PERRET; ROSEN, 2011; ZIMMER, 2013) e, neste sentido, a pesquisa aponta que tais comportamentos não podem ser associados a uma maior preferência por recompensa por parte destes profissionais. Ou seja, dado que a pesquisa não apontou nenhuma alteração na preferência por recompensa dos cirurgiões de coluna em comparação aos seus pares, considerando que haja de fato um comportamento extraordinariamente disfuncional destes profissionais, este não pode ser associado a uma maior prevalência da recompensa sobre os demais valores. Logo, haveriam outros motivos para tal comportamento extraordinário, e dentre as hipóteses possíveis estariam o maior poder de reação (*gaming*) que estes teriam, ou a alteração na percepção que estes têm acerca do ambiente que estão inseridos ou mesmo da tarefa que desempenham.

Chama atenção o fato que a remuneração, em todos os grupos pesquisados, foi o 5º fator na escala de preferência, enquanto “realizar um trabalho útil aos outros”

foi apontado como fator de maior relevância. Considerando toda atenção dada pelos administradores da cadeia da saúde à proposição de novos modelos de remuneração, nossos achados acendem um alerta apontando para a necessidade de maior diálogo com os médicos. A proposição de um sistema baseado no conceito que os médicos são oportunistas, egoístas e que buscam maximizar a sua remuneração, pode de fato minar as virtudes e leva-los a jogar (*gaming*) contra o sistema (FREY, 1997).

6.1 Resultados Adicionais

Em nossa pesquisa, o grupo de cirurgiões de coluna atribuiu um valor significativamente maior ao valor relacionado a “Deixar um Legado para a Especialidade”. Este fator foi incluído na pesquisa em substituição ao fator “Obter Promoção” constante na escala original de Costa, Salles e Fontes Filho (2010). Ainda que a avaliação da preferência específica por este valor não fosse o resultado de nossa pesquisa, o resultado representa um achado importante. É possível teorizarmos que tal diferença estaria relacionada com o estágio de desenvolvimento da cirurgia de coluna. Comparada à outras especialidades, este tipo de procedimento ainda apresenta baixa padronização e um nível alto de lançamento de novos produtos e técnicas, o que poderia indicar um estágio ainda intermediário no desenvolvimento (CARAI et al., 2013). Neste sentido, a percepção destes profissionais acerca do ambiente em que estão inseridos seria diferente da de seus pares, cujas técnicas de tratamento já estariam mais consolidadas. Tal hipóteses seria indicativa do motivo pelo qual estes profissionais estariam mais próximos aos desenvolvedores de tecnologia e mais propensos a abraçarem novas tecnologias.

Se tal linha de raciocínio, eventualmente, for corroborada por estudos futuros; políticas que visam bloquear a inserção e adoção de novas tecnologias poderiam estar impactando na motivação destes agentes, eventualmente levando-os a jogar contra o sistema em que estão inseridos.

Adicionalmente, nossa pesquisa apontou uma maior preferência por “Cultivar amizades e relações cordiais com os colegas” entre os médicos cuja prática não está relacionada à realização de procedimentos cirúrgicos. Mais uma vez, embora tal

achado se distancie do escopo desta pesquisa, sua relevância acadêmica não deve ser descartada. Estaria tal preferência relacionada ao isolamento que os médicos cuja prática está relacionada à realização de cirurgias sofrem? Tal isolamento poderia estar relacionado à determinados comportamentos destes grupos? Sugerimos que este tema seja futuramente explorado por pesquisadores que queiram se aprofundar nas condições psicodinâmicas do trabalho destes profissionais.

6.2 Implicações Acadêmicas e para o Sistema de Saúde

Considerando que os cirurgiões de coluna têm sua prática constantemente associada a comportamentos disfuncionais (CARAI et al., 2013; PERRET; ROSEN, 2011; ZIMMER, 2013), a pesquisa aponta que a busca por recompensa em detrimento de outros valores não explica tal comportamento extraordinário em comparação aos pares. Caso fosse efetivamente verificado uma maior preferência por recompensa deste grupo, em decorrência do microambiente normativo-institucional que estão inseridos; modelos de organização que atendessem esta expectativa enquanto promovessem o realinhamento das preferências seriam adequados. Contudo, visto que a pesquisa afastou este mecanismo de *crowding out* motivacional, surge a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da percepção destes profissionais antes de propor alterações no modelo de organização do setor.

Segundo a teoria de *crowding out* motivacional, este mecanismo poderia igualmente estar associado a uma alteração na percepção destes profissionais acerca do ambiente que estão inseridos ou mesmo a uma alteração na percepção que têm acerca da tarefa que desempenham.

É importante destacar que os cirurgiões de coluna talvez sejam representativos de toda a classe e se destaquem somente por terem mecanismos mais efetivos que seus pares de outras especialidades médicas para reagir contra as pressões institucionais do sistema de saúde suplementar. Neste caso, mais uma vez, a compreensão das percepções, preferências, e expectativas deste grupo pode auxiliar na proposição de modelos para todo o setor.

Espera-se desta forma que esta pesquisa venha incentivar novos pesquisadores a buscar entender a inserção dos profissionais médicos no complexo sistema de saúde atual. Profissionais liberais, muitas vezes atuando de forma totalmente independente, convivendo com reguladores, operadoras de saúde, cadeias de hospitais grandes grupos corporativos do setor farmacêutico e de equipamentos médicos. Apesar da inquestionável relevância social destes profissionais, relativamente poucos estudos buscaram até hoje entender os impactos psíquico-sociais que o ambiente normativo gera nestes profissionais e a forma pela qual reagem. Desta forma, acreditamos ser um tema que demanda a devida atenção da academia.

Adicionalmente, para os demais *players* da cadeia da saúde, acreditamos que esta pesquisa possa fomentar uma nova abordagem junto aos médicos, contrapondo a corrente dominante cujo foco reside em mecanismos extrínsecos de incentivo e controle.

Por fim, acreditamos que esta pesquisa pode provocar também uma reflexão entre os próprios médicos, eventualmente proporcionando um novo posicionamento diante da cadeia da saúde.

6.3 Recomendações de Trabalhos Futuros

Considerando que nossa pesquisa refutou a hipótese de deslocamento na preferência por recompensa, recomendamos um estudo com maior profundidade para identificar as raízes dos comportamentos disfuncionais apresentados por alguns médicos. Neste ponto, propomos estudos que possam identificar como estes profissionais enxergam a sua inserção na cadeia de valor da saúde, bem como a percepção que têm acerca do próprio trabalho.

Adicionalmente, sugerimos a ampliação desta pesquisa mapeando se fatores específicos de motivação, tais como o ambiente normativo, a percepção acerca da própria remuneração, a autonomia, a integração com os demais indivíduos da classe e a percepção acerca do prestígio da função podem estar impactando nas preferências e no comportamento destes profissionais.

Por fim, a revelação acerca do alto valor dado por cirurgiões de coluna vertebral à “Deixar Um Legado para a Especialidade” foi uma surpresa. Entender o que pode estar deslocando esta preferência enseja estudos futuros.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, P. S. et al. Performance Improvement Capability: Keys to Accelerating Performance Improvement in Hospitals. **California Management Review**, v. 45, n. 2, p. 12–33, 2003.

AKERLOF, G. A.; KRANTON, R. E. Identity and the Economics of Organizations. **Journal of Economic Perspectives**, v. 19, n. 1, p. 9–32, 2005.

ALMEIDA, K. et al. A remuneração baseada no desempenho e seus impactos no negócio: um estudo de caso. **X Semead**, p. 1–16, 2007.

ARIELY, D. A. N.; GNEEZY, U. R. I.; LOEWENSTEIN, G. Large Stakes and Big Mistakes. p. 451–469, 2009.

ARROW, K. J. **Uncertainty and the welfare economics of medical care**The **American economic review**, 1963.

BALDASSARE, R. M. Renato Madrid Baldassare Análise Do Desempenho Econômico-Financeiro De Operadoras De Planos De Saúde No Mercado De Saúde Suplementar Brasileiro Análise Do Desempenho Econômico-Financeiro De Operadoras De Planos De. **Fundação Getúlio Vargas**, 2014.

BASCHERA, D. et al. Are Medical Students Who Want to Become Surgeons Different? An International Cross-Sectional Study. **World Journal of Surgery**, v. 39, n. 12, p. 2908–2918, 2015.

BERGAMINI, C. W. MOTIVAÇÃO : MITOS , CRENÇAS E MAL-ENTENDIDOS. v. 30, n. 2, p. 23–34, 1990.

BESSA, R. DE O. Análise Dos Modelos De Remuneração Médica No Setor De Saúde Suplementar Brasileiro. p. 107, 2011.

CARAI, D. et al. GESTÃO E ECONOMIA EM SAÚDE Spine surgery cost reduction at a specialized treatment center. **Einstein**, v. 11, n. 1, p. 102–7, 2013.

CORDEIRO, L. L. O Significado de "Relações Humanas. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 1, n. 2, p. 13–25, 1967.

COSTA, I. D. S. A. DA; SALLES, D. M. R.; FONTES FILHO, J. R. Influência das configurações organizacionais sobre valores no trabalho e preferências por recompensa. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 6, p. 1429–1452, 2010.

DOR, A.; GROSSMAN, M.; M.KOROUKIAN, S. **Transaction Prices and Managed Care Discounting for Selected Medical Technologies: A Bargaining Approach**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w10377>>.

FALK, A.; KOSFELD, M. The Hidden Costs of Control The Hidden Costs of Control. **The American Economic Review**, v. 96, n. 5, p. 1611–1630, 2006.

FEBA, F.; MARQUES, S. Perfil de personalidade do médico cirurgião e do médico pronto-socorrista : um estudo exploratório. **Psicologo inFormação**, v. 14, p. 44–70, 2010.

FREY, B. S. A constitution for knaves crowds out civic virtues. **The Economic Journal**, v. 107, p. 1043–1053, 1997.

FREY, B. S.; JEGEN, R. Motivation Crowding Theory. **Journal of Economic Surveys**, v. 15, n. 5, p. 589–611, 2001.

FREY, B. S.; OBERHOLZER-GEE, F. The Cost of Price Incentives: An Empirical Analysis of Motivation Crowding-Out. **American Economic Review**, v. 87, n. 4, p. 746–755, 1997.

GLASZIOU, P. P. et al. When financial incentives do more good than harm: a checklist. **Bmj**, v. 345, n. aug13 2, p. e5047–e5047, 2012.

GNEEZY, U.; RUSTICHINI, A. Pay Enough or Don't Pay at All. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 115, n. 3, p. 791–810, 2000a.

GNEEZY, U.; RUSTICHINI, A. A Fine is a Price. **The Journal of Legal Studies**, v. 29, n. 1, p. 1–17, 2000b.

GNEEZY, U.; RUSTICHINI, A. Pay Enough or Don't Pay at All*. **Quarterly Journal of Economics**, v. 115, n. 3, p. 791–810, 2000c.

GRAVELLE, H.; SUTTON, M.; MA, A. Doctor behaviour under a pay for performance contract: Treating, cheating and case finding? **Economic Journal**, v. 120, n. 542, p. 129–157, 2009.

HERZBERG, F. Motivation and Innovation: Who Are Workers Serving? **California Management Review**, v. 22, n. 2, p. 60–70, 1979.

HIMMELSTEIN, D. U.; ARIELY, D. Pay-for-Performance : Toxic To Quality ? Insights From Behavioral Economics. **International Journal of Health Services**, v. 44, n. 2, p. 203–214, 2014.

HOU, Y.; HU, B.; BUTT, M. Are High-Performance Human Resource Practices In Organizations Creative or Noncreative? **Social Behavior and Personality: an international journal**, v. 45, n. 2, p. 243–252, 2017.

HYMAN, D. A. Health Care Fraud and Abuse: Market Change, Social Norms, and the Trust Reposed in the Workmen. **Journal of Legal Studies**, v. XXX, p. 531–568, 2001.

IRLENBUSCH, B.; SLIWKA, D. Incentives, Decision Frames, and Motivation Crowding Out – An Experimental Investigation. **IZA Discussion Paper No. 1758**, n. 1758, 2005.

KOLSTAD, J. T. Information and Quality When Motivation Is Intrinsic : **The American Economic Review**, v. 103, n. 7, p. 2875–2910, 2013.

KOYAMA, M. F. MARCOS FUMIO KOYAMA. 2006.

LEE, L.; AMIR, O.; ARIELY, D. In Search of Homo Economicus: Cognitive Noise and the Role of Emotion in Preference Consistency. **Journal of Consumer Research**, v. 36, n. 2, p. 173–187, 2009.

MANEA, T. Medical bribery and the ethics of trust: The Romanian case. **Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)**, v. 40, n. 1, p. 26–43, 2015.

MANSO MELLO VIANNA, C. DE. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 375–390, 2002.

MISOCZKY, M. C. O isomorfismo normativo e a análise de organizações de saúde. **Rae**, v. 4, n. 1, p. Art 6, 2005.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. DE F. S. DE; SILVEIRA, F. G. O MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA CRIAÇÃO DO ESTADO? 2005.

OLIVER, A.; BROWN, L. D. Incentivizing Professionals and Patients: A Consideration in the Context of the United Kingdom and the United States. **Journal of Health**

Politics, Policy and Law, v. 36, n. 1, p. 59–87, 2011.

PARISI, T. et al. The Basics of the Sunshine Act: How It Pertains to the Practicing Orthopaedic Surgeon. **J Am Acad Orthop Surg**, v. 23, n. 8, p. 455–467, 2015.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Havard Business Review Brasil**, p. 1–10, 2016.

PERLIS, R. H.; PERLIS, C. S. Physician payments from industry are associated with greater medicare Part D prescribing costs. **PLoS ONE**, v. 11, n. 5, p. 1–13, 2016.

PERRET, D.; ROSEN, C. A Physician-Driven Solution — The Association for Medical Ethics , The Physician Payment Sunshine Act , and Ethical Challenges in. p. 1361–1375, 2011.

PORTER, M. E.; KAPLAN, R. S. How to pay for health care. **Harvard Business Review**, v. 2016, n. July-August, 2016.

PORTER, M. E.; LEE, T. H. From Volume to Value in Health Care. The work Begins. **Jama**, v. 316, n. 10, p. 1061, 2016.

RAI, A. K. Health Care Fraud and Abuse : A Tale of Behavior Induced by Payment Structure. **The Journal of Legal Studies**, v. 30, 2001.

RAI, A. K. Health Care Fraud and Abuse : A Tale of Behavior Induced by Payment Structure Organizations and the Doctor - Patient RelationshipA Conference Sponsored by the University of Chicago Law School , the Division of Biological Sciences , and the MacLean HEALTH . v. 30, 2017.

RICE, T. H. The impact of changing medicare reimbursement rates on physician-induced demand. **Medical care**, v. 21, n. 8, p. 803–815, 1983.

RODRIGUES, J. M. (UNIVERSIDADE F. DE INAS G. Remuneração e Competências: Retórica ou realidade. **RAE, Edição especial Minas Gerais**, p. 23–34, 2006.

RYAN, M. Agency in Health Care: Lessons for Economists from Sociologists. **The American Journal of Economics and Sociology**, v. 53, n. 2, p. 207–217, 1994.

SATO, F. R. L. A teoria da agência no setor da saúde : o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. **Rap**, v. 41, n. 1, p. 49–62, 2007.

SEELANDT, J. C. et al. The surgeon's perspective: Promoting and discouraging factors for choosing a career in surgery as perceived by surgeons. **PLoS ONE**, v. 9, n. 7, 2014.

SILIANSKI DE ANDREAZZI, M. DE F.; MACHADO KORNIS, G. E. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1–11, 2008.

SIMONET, D. Patient satisfaction under managed care. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 18, n. 6, p. 424–440, 2005.

SIQUEIRA, M. M. M. Satisfação no trabalho. **Medidas do Comportamento Organizacional: Ferramentas de diagnóstico e de gestão**, p. 265–274, 2008.

SOARES, A. L. Pressupostos e Proposta de Modelo para a Remuneração do Trabalho do Médico Cirurgião nas Operadoras de Planos de Saúde. p. 197, 2012.

SONAGLIO, C. M.; BRAGA, M. J.; CAMPOS, A. C. Investimento Público e Privado no Brasil: Evidências dos Efeitos Crowding-In e Crowding-Out no Período 1995-2006. **Revista Economia**, v. 11, n. 2, p. 383–401, 2010.

TAMAYO, A.; MENDES, A. M.; PAZ, M. D. G. T. DA. Inventário de valores organizacionais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 5, n. 2, p. 289–315, 2000.

UNDERHILL, K. When Extrinsic Incentives Displace Intrinsic Motivation: Designing Legal Carrots and Sticks to Confront the Challenge of Motivational Crowding-Out Kristen. v. 1, n. 1, p. 8–23, 2015.

UNITED NATIONS. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. **a/Res/70/1**, p. 1–49, 2015.

WITTMER, D. Serving the People or Serving for Pay: Reward Preferences Among Government , Hybrid Sector , and Business Managers. **Public Productivity & Management Review**, v. 14, n. 4, p. 369–383, 1991.

WOOLHANDLER, S.; ARIELY, D.; HIMMELSTEIN, D. U. Why pay for performance may be incompatible with quality improvement. **Bmj**, v. 345, n. aug13 2, p. e5015–e5015, 2012.

ZANATTA, C. L. Principais Efeitos da Regulamentação dos Cos Contratos entre Operadoras e Prestadores de Serviços no Mercado de Saúde Suplementar. 2013.

ZIMMER, P. M. O imperativo da transparência no tratamento das doenças da coluna. n. 4, p. 4–5, 2013.

ANEXO I: TABELA DE EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER

Tabela de expectativa de vida no nascimento – evolução no período de 2000 a 2015

	África	Sudeste Asiático	Europa	Oriente Médio	Pacífico Ocidental	Américas	Global	Brasil
2015	60	69	76,8	68,8	76,6	76,9	71,4	75
2014	59,3	68,7	76,5	68,5	76,3	76,7	71,1	74,8
2013	58,8	68,3	76,3	68,4	76,1	76,5	70,8	74,7
2012	58,2	68	76	68,1	75,9	76,4	70,5	74,5
2011	57,6	67,6	75,8	68,2	75,7	76,2	70,3	74,1
2010	57	67,2	75,3	67,9	75,6	75,3	69,8	73,8
2009	56,3	66,8	75	67,5	75,4	75,9	69,6	73,6
2008	55,5	66,3	74,6	67,2	75,1	75,6	69,1	73,4
2007	54,6	66,1	74,3	66,8	75	75,5	68,8	73,3
2006	53,8	65,7	73,9	66,5	74,8	75,3	68,4	73
2005	53	65,4	73,2	66,1	74,4	74,9	68	72,7
2004	52,2	64,7	73,2	66,1	74,2	74,7	67,6	72
2003	51,7	64,7	72,7	65,7	73,8	74,4	67,2	71,8
2002	51,3	64,3	72,6	65,8	73,4	74,2	67	71,4
2001	51	63,9	72,5	65,5	73	74	66,7	71
2000	50,6	63,5	72,3	65,4	72,5	73,7	66,4	70,5

Fonte: Global Health Observatory data repository (WHO, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>. Consulta em 25/10/2017)

ANEXO II TABELA DE EXPECTATIVA DE VIDA SAUDÁVEL AO NASCER

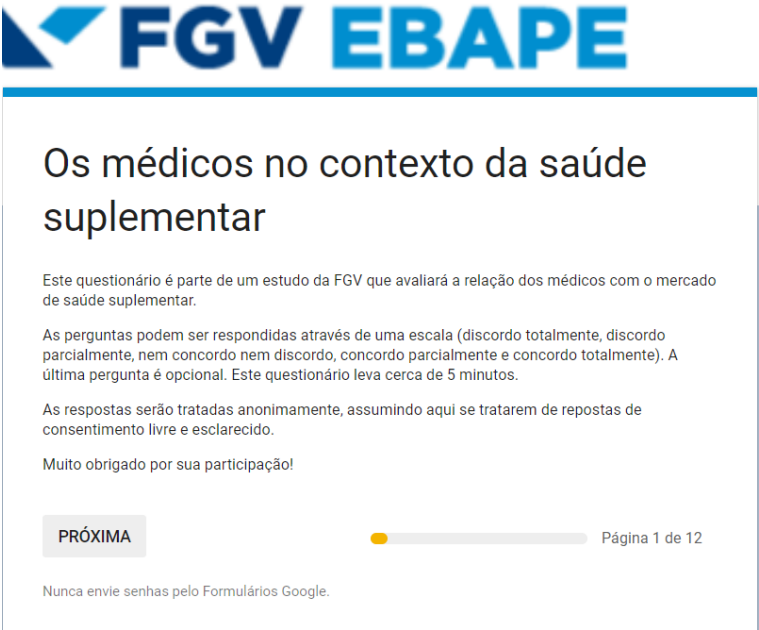
Tabela de expectativa de vida saudável no nascimento – evolução no período de 2000 a 2015

	Total		Homens		Mulheres	
	2015	2000	2015	2000	2015	2000
África	52,3	43,9	51,2	42,9	53,5	44,9
Américas	67,3	64,6	65,4	62,4	69,2	66,8
Sudeste Asiático	60,6	55,5	59,6	54,9	61,6	56,2
Europa	68,0	64,1	65,6	61,0	70,5	67,3
Oriente Médio	60,1	56,8	59,4	56,1	60,8	57,5
Pacífico Ocidental	68,7	65,0	67,3	63,5	70,1	66,5
Global	63,1	58,5	61,6	57,0	64,6	60,1
Brasil	65,5	61,9	63,1	59,3	67,8	64,5

Fonte: Global Health Observatory data repository (WHO, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXREGv?lang=en>. Consulta em 25/10/2017)

ANEXO III QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Imagem da página de entrada deste roteiro. Uma versão idêntica ao original pode ser manipulada e copiada em <https://goo.gl/forms/AMOK0W1KAC4I8HZJ2> (prazo de disponibilidade de acordo com a capacidade do Google Docs).



FGV EBAPE

Os médicos no contexto da saúde suplementar

Este questionário é parte de um estudo da FGV que avaliará a relação dos médicos com o mercado de saúde suplementar.

As perguntas podem ser respondidas através de uma escala (discordo totalmente, discordo parcialmente, nem concordo nem discordo, concordo parcialmente e concordo totalmente). A última pergunta é opcional. Este questionário leva cerca de 5 minutos.

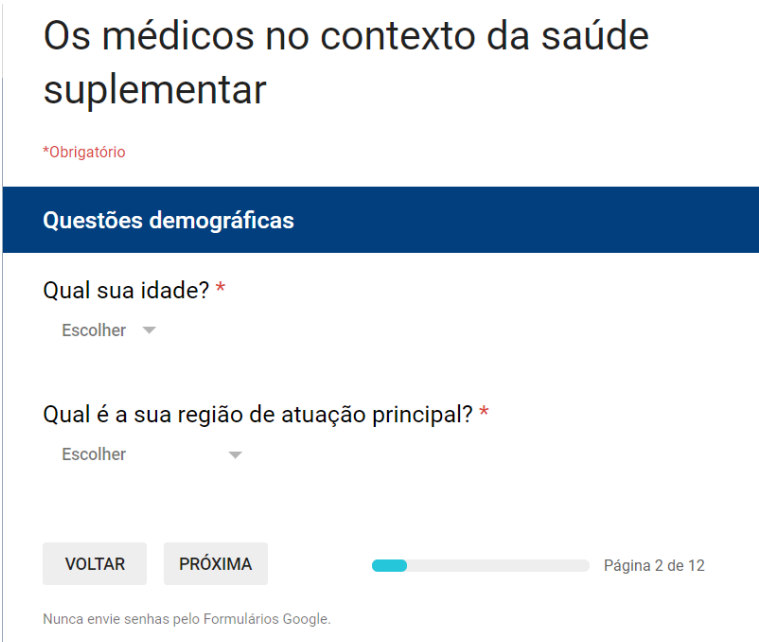
As respostas serão tratadas anonimamente, assumindo aqui se tratarem de repostas de consentimento livre e esclarecido.

Muito obrigado por sua participação!

PRÓXIMA

Página 1 de 12

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.



Os médicos no contexto da saúde suplementar

*Obrigatório

Questões demográficas

Qual sua idade? *

Escolher ▼

Qual é a sua região de atuação principal? *

Escolher ▼

VOLTAR **PRÓXIMA**

Página 2 de 12

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Os médicos no contexto da saúde complementar

*Obrigatório

Questões profissionais

Quanto tempo você tem de formado? *

Escolher

Com base na lista do Conselho Federal de Medicina, qual é a sua especialidade médica principal? *

Escolher

Com base na maior parte da sua remuneração, qual é o seu segmento prioritário de atuação? *

- ☐ Prioritariamente público
- ☐ Prioritariamente privado
- ☐ Exclusivamente público
- ☐ Exclusivamente privado
- ☐ Equitativamente distribuído entre público e privado

Com base na maior parte da sua remuneração, qual é a sua atividade médica principal? *

- ☐ Cirurgia de coluna
- ☐ Cirurgia (outras especialidades)
- ☐ Atendimento Clínico/Ambulatorial (incluindo pequenos procedimentos)
- ☐ Pronto-Socorro
- ☐ Pesquisa
- ☐ Outras atividades

VOLTAR

PRÓXIMA

Página 3 de 12

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Os médicos no contexto da saúde complementar

*Obrigatório

Classifique os itens abaixo conforme a sua relevância profissional

São 8 itens que devem ser colocados em ordem de relevância. Somente um único item por lugar pode ser indicado.

★

1o. lugar 2o. lugar 3o. lugar 4o. lugar 5o. lugar 6o. lugar 7o. lugar 8o. lugar

Ter o respeito dos colegas pela qualidade do seu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter independência profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conquistar status e prestígio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ganhar mais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer um trabalho que seja útil aos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cultivar amizades e relações cordiais com colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deixar um legado para a minha especialidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poder fazer um trabalho socialmente relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



VOLTAR

PRÓXIMA



Página 10 de 12

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Os médicos no contexto da saúde complementar

Depoimentos (opcional)

Gostaria de partilhar alguma história relacionada a sua preferência por determinada especialidade?

Sua resposta

VOLTAR

ENVIAR

 Página 12 de 12

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.