

## A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM FOCO: um estudo a partir da visão dos profissionais do Programa Saúde da Família

**Ana Paula Rocha Miranda**

Universidade Federal da Paraíba (UFPb)

**Patrícia Barreto Cavalcanti**

Universidade Federal da Paraíba (UFPb)

**Mirian A. da Silva**

Universidade Federal da Paraíba (UFPb)

**Claudenizia de O. Pereira**

Universidade Federal da Paraíba (UFPb)

**A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM FOCO:** um estudo a partir da visão dos profissionais do Programa Saúde da Família

**Resumo:** Pesquisa realizada sobre a não incorporação efetiva das demandas dos recursos humanos, após a sanção do Sistema Único de Saúde – SUS. Esse fato redundou na persistência de históricas lacunas nos serviços, na sua formação e administração. Esta pesquisa foi realizada mediante aplicação de questionários em fevereiro e março de 2006, junto aos profissionais de saúde de João Pessoa – Paraíba que atuam no Programa Saúde da Família – PSF. Seu objetivo foi verificar a visão desses profissionais relativa às ações contidas na Política de Recursos Humanos do SUS, tomando-se por base as mudanças que esse Programa erigiu. Constatou-se uma credibilidade inicial da atual gestão e um posicionamento predominante sobre a perspectiva favorável para o desenvolvimento dos recursos humanos. Contudo, as condições inadequadas de trabalho, as novas requisições impostas pelo PSF, a baixa inter-relação ensino-serviços, os treinamentos insuficientes, as avaliações deficitárias e as ações de baixo impacto indicam incompatibilidade com as expectativas dos trabalhadores, exigindo incorporação de antigas e novas demandas destes, de modo a reconhecer seu papel estratégico na oferta e qualidade de serviços de saúde.

**Palavras-chave:** política de recursos humanos, Programa Saúde da Família, Sistema Único de Saúde.

**FOCUSING THE HEALTH HUMAN RESOURCES POLICY:** this is a research based on how the professionals of the Family Health Program perceive their roles

**Abstract:** The non-effective incorporation of the necessary human resources after the sanction of the Brazilian Public Health System, denominated as SUS, resulted in the persistence of historical lacks of specifically qualified people to meet the demands of the new services proposed, considering the implementation and administration of these services. This research made use of questionnaires answered between February and March of 2006 by the health professionals in the Brazilian city of João Pessoa, located in the state of Paraíba, who work for the Family Health System Program, denominated PSF. This study's objective was to verify their real perception of the PSF, considering the new guidelines for actions demanded by the Human Resources Program of SUS for the PSF. An initial credibility of the health professionals on the present management of the proposed Program was noticed. They also showed a favorable view towards a positive perspective of the implementation of the program due to the fact that the health professionals were taking into account the necessary qualification of human resources demanded by the Program's guidelines. The inadequate working conditions; the new professional profile imposed by the PSF; the low inter-relation between teaching and services; the insufficient training; the non-complete evaluations and the low impact of the Program on the population's health indicated a incompatibility between the initial expectations of the professionals considered in this study, imposing the mixture of old and new demands of the health Brazilian programs, in order to recognize the strategic role of these demands in the offer and quality of health services.

**Key words:** human resources policy, Family Health Program, Brazilian Public Health System (SUS).

Recebido em 04.07.08. Aprovado em 04.09.2008.

## 1 INTRODUÇÃO

Independentemente do enfoque que receberam e recebem, os recursos humanos foram sempre importantes para o desenvolvimento de empresas e oferta de serviços das mais diversas áreas. No setor de saúde, as discussões em torno dos recursos humanos evidenciam a importância de se investir em mudanças que favoreçam seu desempenho profissional e possibilitem sua adequada preparação para o trabalho, sob o enfoque das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a fortalecer a oferta dos serviços de saúde dentro do padrão ampliado de direito do cidadão, conquistado após a Constituição Federal de 1988.

O estudo aqui retratado consiste em um estreitamento com a problemática dos recursos humanos na saúde, mediante o estabelecimento de um processo investigativo que, estando focado nesses profissionais, buscou analisar as percepções que os mesmos possuem com relação à Política de Recursos Humanos desenvolvida no município de João Pessoa, sob os reflexos trazidos pela nomeação do Programa Saúde da Família – PSF como a estratégia de reorganização dos serviços de saúde.

A pesquisa realizou-se nos meses de fevereiro e março de 2006 e sua amostra correspondeu a 37% do universo investigado que era de 177 profissionais de nível superior que compunham a equipe mínima do Programa Saúde da Família e que exerciam atividades no Distrito Sanitário III, o maior em número de equipes do município. O critério de seleção foi intencional, pois somente foram englobados na pesquisa profissionais com mais de 1 (um) ano de atuação no PSF, dando-lhes um período mínimo para conhecimento da Política de Recursos Humanos local. Entre os 65 profissionais entrevistados, 28 eram enfermeiras, 22 cirurgiões-dentistas e 15 médicos.

Para os propósitos deste estudo, crê-se que o estabelecimento de uma Política de Recursos Humanos, comprometida com o desenvolvimento dos profissionais de saúde, de relações multiprofissionais, de processos avaliativos coerentes e bem definidos e de melhoria da qualidade de vida no trabalho, seja condição indispensável para a construção da identidade desses profissionais com as prerrogativas do SUS.

A título de citação, recorda-se que a regulamentação do SUS é uma inovação datada de 1988, quando foi promulgada a Carta Constitucional, na qual, partícipe do Sistema de Seguridade Social juntamente com a Previdência e a Assistência Social, a política da saúde teve suas ações e serviços integrados ao SUS. Tal conquista representou, ao menos em termos legais, o abandono do caráter de seguro social e configurou o perfil da assistência pública da saúde no Brasil, sob a ótica do direito do cidadão.

Todavia o estabelecimento do SUS coincidiu com a intensificação do ideário neoliberal, que impôs uma Reforma do Estado, com redução de papel deste e racionalização dos investimentos no setor público, fragilizando as políticas públicas e vulnerabilizando a estrutura de bem-estar social.

No caso da política de saúde brasileira, a influência neoliberal tem reforçado o Projeto de Saúde Privatista, em detrimento do Projeto originário de Reforma Sanitária, conduzindo a uma precarização das condições de oferta dos serviços oferecidos e de sua qualidade, dificultando o acesso e inviabilizando a promoção dos princípios e diretrizes do SUS.

No que tange aos recursos humanos, apesar das inúmeras discussões iniciadas nas Conferências Nacionais de Saúde e intensificadas durante o Movimento de Reforma Sanitária, houve pouca precisão na Carta Constitucional de 1988 acerca de sua gestão, no que se refere à definição dos órgãos executores e dos agentes planejadores, seja no que compete à sua formação, seja no que se refere à sua inserção no mercado de trabalho e aperfeiçoamentos.

Ademais, apesar de se compreender o homem como diferencial decisivo para o alcance da oferta de serviços de qualidade, é preciso observar que, quando não são incorporados conhecimentos e desenvolvimentos adequados às reais necessidades do seu trabalho cotidiano – por conseguinte, da população – e aos princípios defendidos pelo SUS, aliados a incentivos e boas condições de trabalho, a margem de autonomia que esses profissionais possuem pode conduzir os serviços prestados a um favorecimento do modelo da contra-reforma, uma vez que esses profissionais estão sendo afetados, tanto pela racionalização dos gastos que precariza as condições de trabalho, quanto pelas transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, as quais conduzem à fragilização/ desregulamentação do trabalho e a um aumento da rotatividade da mão-de-obra.

## 2 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO BRASIL: avanços e retrocessos

Consonante ao histórico perfil conservador das relações de trabalho no Brasil, originalmente a administração de recursos humanos do setor de saúde foi enquadrada em um modelo tipicamente centralizador que se estabeleceu sob a égide da administração pública, com destaque para a esfera federal. Tanto neste momento inicial, quanto nos momentos posteriores, as Conferências Nacionais de Saúde foram fundamentais para a discussão e formação de uma Política de Recursos Humanos em âmbito nacional, pois subsidiaram o debate em torno dos profissionais de saúde e seu papel no setor. (CAVALCANTI, 2001; ELIAS; 1993; MARSIGLIA, 1993)

Nos anos 1970 e 1980, o processo pela Reforma

Sanitária também enfatizou a questão dos recursos humanos na saúde, focando-se na valorização e na fixação dos profissionais do setor, mediante estabelecimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS, inclusive para redução da heterogeneidade profissional relativa a postos e salários, e o desenvolvimento de programas de educação e formação para capacitação desses profissionais. (ELIAS, 1993)

Com a Constituição Federal de 1988, a concepção de saúde foi formalmente ampliada e estabeleceu, entre outras proposições, a defesa do incremento da qualidade de vida dos sujeitos, inclusive na órbita do trabalho. Para validação dessa concepção ao processo de reforma setorial implantado na saúde, fazia-se necessário o acompanhamento por financiamento adequado, permanência da intervenção social com aprofundamento do controle social e estabelecimento de uma política de recursos humanos que estivesse calcada por um processo de mudanças equivalente no setor de educação.

Entretanto, a conquista do SUS coincidiu com as inflexões trazidas pelo ideário neoliberal – a partir dos anos 1990 – à seguridade social brasileira, às quais se soma o crescimento da influência do papel das agências e dos organismos internacionais na administração das políticas públicas nacionais, concorrendo para diluição e simplificação das ações e dos investimentos do Estado, despolíticação da questão social e fortalecimento do terceiro setor.

Entende-se que os recursos humanos seriam os mais afetados porque, apesar de terem sido indispensáveis para a construção do SUS, desde sua implantação, estes profissionais não foram contemplados por conquistas que afetassem positivamente sua categoria e ainda hoje aguardam por medidas relativamente simples, como a elaboração de PCCS. Ao contrário, eles tiveram de conviver com a insatisfação decorrente da forma – sem critérios ou negociação – como foram feitas as cessões de diversos trabalhadores das esferas estadual e federal para as municipais. Depois, em consequência das políticas econômicas restritivas que atingiram o setor saúde e tornaram equipamentos obsoletos, serviços insuficientes e ambientes de trabalho inadequados; das inovações tecnológicas poupadoras de mão-de-obra; das políticas salariais deficitárias; das mudanças administrativas e legais que tangenciam ou incorrem diretamente sobre suas contratações, tornando-as cada vez mais instáveis e, ainda, das inovações gerenciais e institucionais decorrentes das transformações no mundo do trabalho.

Todos esses fatores, somados à inércia das agências formadoras que se encontravam, em sua maioria, desarticuladas das condições de trabalho, da articulação com a comunidade e das requisições do novo mundo do trabalho, confluíram para uma baixa adesão dos profissionais de saúde ao processo de consolidação do SUS.

Isso se torna mais grave pelo fato de a gestão dos recursos humanos, aliada à formação/preparação dos recursos humanos, compreenderem os dois componentes básicos para a criação de uma Política de Recursos Humanos, já que é nesse campo que são definidas as formas de como esses profissionais serão utilizados e distribuídos; tendo em vista que são eles – os gestores – os responsáveis pela oferta, montagem e qualidade dos serviços do sistema, bem como pela viabilização do controle social e pela administração dos recursos humanos, suas demandas e conflitos. A reforma administrativa dos anos 1990, inaugurada pelo governo de Fernando Collor e intensificada durante a administração de Fernando Henrique Cardoso, interveio diretamente sobre a gestão, estabelecendo formalmente alguns preceitos já em aplicação.

Não obstante, atrelado ao processo de redução do Estado e de desregulamentação do SUS que os profissionais de saúde vêm enfrentando, há ainda os problemas que afligem diretamente a classe trabalhadora em geral, acirrados no país na década de 1990, com a abertura comercial e econômica, fruto de uma reorganização estrutural em nível mundial do capital. Uma das consequências imediatas foi a redução do emprego regular e a ampliação de formas irregulares de contratação.

Com relação às principais tendências de contratação atualmente empregadas, tem-se a terceirização da mão-de-obra, através da associação a empresas privadas e cooperativas de profissionais ou gerenciais. Aqui cabe destacar que esse modo de vinculação deixou de ser unânime apenas entre os serviços gerais e passou a ter sua utilização ampliada entre os serviços técnico-profissionais.

Tal situação cria um círculo vicioso, tendo em vista que a reduzida pactuação e motivação tendem a reproduzir, como desafios, a permanente necessidade de desenvolver a qualificação, profissionalização/habilitação profissional, educação continuada e aumentar a produtividade e qualidade dos serviços.

Entre as principais ações que atingiram o setor de saúde, decorrentes das reformas incrementais introduzidas pelo Estado após 1995, está o Programa Saúde da Família – PSF que se destaca pelas contradições que o circundam em torno da questão da viabilização/ampliação do acesso da população mais vulnerável e da introdução de reformas, nos serviços de saúde de cunho restritivo e economicista, com vistas à racionalização dos gastos via simplificação do sistema de saúde.

O PSF se apresenta, em termos de discurso, como instituição de uma rede hierarquizada e integrada de serviços de saúde prestados por uma equipe multiprofissional. Nesse programa, a participação da comunidade torna-se central e sua relação com os profissionais mais estreitada, em decorrência da territorialização e adscrição da

clientela, possibilitaria maior vigilância sanitária, promoção do autocuidado e percepção do indivíduo e da saúde interligada ao meio, em substituição das práticas de caráter tradicional, que segmentavam os problemas sociais dos de saúde e os retraduziam em questões de abordagens meramente clínicas. (SANTANA; CARMAGNANI, 2001)

A reestruturação do sistema de saúde, com base no aumento de cuidados básicos e ampliação da rede de serviços de saúde, deu, a priori, um caráter orgânico ao PSF, pois, mesmo buscando resgatar a assistência básica, visa estabelecer articulação, intersectorialidade e/ou inter-relação entre os três níveis da assistência.

Todavia, a atuação do PSF deixa margens às críticas, por estar sujeito a um alto grau de normatividade imposto centralmente pelo Ministério da Saúde; por separar a saúde coletiva da saúde individual prestada nos serviços secundários e terciários; por supervalorizar a abordagem epidemiológica, em detrimento da abordagem clínica; por não dar a resolutividade esperada, nem assegurar a fixação e a adesão dos profissionais a ele ligados, apesar de sua expansão, não impedindo a persistência de lacunas quantitativas e qualitativas de cobertura, nem desmontar a relação verticalizada de poder entre profissionais e usuários ou alterar os microprocessos de trabalho em saúde pelo caráter multiprofissional; por ideologizar e simplificar o espaço familiar. (FRANCO; MERHY, 1999)

Particularmente, entende-se que este programa coincide, de fato, com orientações normativas, focalistas e racionalizadoras. Mas entende-se também que, se realmente funcionasse como uma estratégia acompanhada da efetivação de uma rede de referência e contra-referência, o mesmo poderia, de fato, concorrer para uma ampliação e facilitação de acesso à saúde e para mudanças do perfil centralizador, individual e privatista dos serviços de saúde, tendo em vista que sua ampliação em regiões pouco assistidas representou um ganho para suas populações. Contudo, observa-se que, neste cenário de redução do papel do Estado, de minimização dos gastos em políticas públicas e de fortalecimento da segmentação de clientela e serviços – somados ao tradicional politicismo local –, o caráter redutor, baseado em simplificação das ações e incorporação de tecnologias de baixo custo, tem prevalecido.

Como principais problemas que envolvem a implantação e fortalecimento do PSF, destacam-se: o perfil e a disponibilidade dos profissionais arrolados – tendo em vista que o programa requer profissionais com formação mais generalista, voltados para a promoção e prevenção da saúde, urgindo de valorização, inclusive econômica, para a dedicação exclusiva, uma vez que a competição com outros vínculos impediria a efetivação das cargas horárias estabelecidas contratualmente; a

formação concreta de uma rede de referência e contra-referência para que, a partir daí, se viabilize a eficiente integração do PSF com o sistema de saúde; os tipos de vínculos empregatícios que corroboram a grande rotatividade dos profissionais; as precárias condições de trabalho; a inexistência de supervisão, acompanhamento e avaliação das equipes de trabalho e a dificuldade de se manter a educação permanente como estratégia de discussão e negociação continuada desses e de outros problemas.

No sentido de desenvolver serviços de saúde com mais qualidade, foi destacado pelo atual Governo Federal o papel dos profissionais de saúde. As estratégias governamentais partiriam do estabelecimento de uma Política de Recursos Humanos voltada para o fortalecimento do SUS. Para tanto, foi criada no Ministério da Saúde “a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde para cuidar da formação, dos cargos, da remuneração e das relações de trabalho dos profissionais da saúde”. (ABRASCO, 2005, p. 5)

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB-RH/SUS juntamente com a Lei Orgânica da Saúde – 8.080/90 – constituem a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde, cujo foco vem sendo colocado justamente sobre a questão da formação dos profissionais de saúde.

A NOB-RH/SUS tem como prioridades de sua agenda: reconhecer o caráter estratégico desses profissionais; estabelecer sua valorização, satisfação e fixação no trabalho; incentivar a multiprofissionalidade, qualificação, profissionalização e formação de perfis generalistas; promover educação permanente no trabalho, reformulação das diretrizes curriculares das instituições formadoras de saúde com adequação aos princípios do SUS, a responsabilização social dos profissionais de saúde, a pactuação entre trabalhadores, gestores e usuários; estabelecer PCCS e concurso público para provimento de vagas; aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e o cumprimento das fontes de financiamento. (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005)

Em consonância à resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 335/2003, a Educação Permanente em Saúde – EPS foi instituída em 13 de fevereiro de 2004, através da Portaria nº. 198 do Ministério da Saúde, com fins de superar as lacunas de formação e promover a integração entre ensino e serviços e a maior interação com a comunidade. A EPS foi definida “[...] como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004, p. 44).

Todavia, para Machado (2002), apesar do papel estratégico que os recursos humanos possuem nas organizações, no Brasil, não há uma política de recursos humanos adequada, produzindo, especificamente no caso da saúde pública, desmotivação desses profissionais, na execução de suas atividades e na defesa do SUS.

### 3 A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE EM JOÃO PESSOA: Paraíba interpretada por seus profissionais

No caso do município de João Pessoa – Paraíba, as práticas eleitoreiras, a cooptação política e o baixo nível de consciência sanitária reproduziram-se durante todo o processo de municipalização da saúde iniciado ainda nos anos 1980, mas somente formalizado em 1997, com o alcance da Gestão Semi-Plena e, em 1998, com a Gestão Plena do Sistema de Saúde.

Esses entraves permaneceram durante sua consolidação e se refletiram negativamente sobre o gerenciamento dos recursos humanos, sua adesão às propostas do SUS e, conseqüentemente, sobre a qualidade dos serviços prestados por esses profissionais. Assim, persistiu a inexistência de uma política de recursos humanos e de ações voltadas à formação destes trabalhadores e à verticalização das relações profissionais, montando um cenário incompatível com os princípios e propostas que norteiam o SUS, tanto na sua dimensão prática como na política.

Cavalcanti (2000) atesta que, apesar de todas as mudanças intrínsecas à institucionalização do SUS em âmbito nacional e da importância dos recursos humanos para validação, desenvolvimento e manutenção desse novo sistema e seus pressupostos, no plano local, durante o processo de implantação da descentralização da saúde, os recursos humanos foram marginalizados, pois “[...] não foram preparados para atuar dentro de um paradigma que tem como foco a distribuição de poderes, a competência e a habilidade de saber operar com essa nova configuração hierárquica” (CAVALCANTI, 2000, p.139).

Ademais, a reorganização da rede de saúde de João Pessoa iniciada a partir de sua descentralização, cuja porta de entrada passou, nos anos 2000, a ser o Programa Saúde da Família, trouxe novas requisições aos profissionais de saúde. Estes necessitam saber articular mais adequadamente a Atenção Básica com a Média e Alta Complexidade, de modo a concretizar a oferta dos serviços de saúde pública de forma mais efetiva e acessível. E isso em uma realidade local ainda marcada, segundo detectado por Rocha (2005), em estudo acerca do processo de descentralização, em grande percentual pelo despreparo de gestores e administradores, alta influência do poder político e baixa participação e poder decisório da população, além de uma indefinição da hierarquização da rede, na prática cotidiana.

As Unidades de Saúde da Família – USF constituem-se na principal estratégia de organização da Atenção Básica. As primeiras equipes datam de 1999 e, naquele ano, foram criadas apenas sete equipes do programa, as quais contavam com a participação de um grupo de sanitaristas. Conforme o princípio da integralidade estabelecido pelo SUS,

suas ações são complementadas pelos demais serviços que constituem a rede de cuidados progressivos de saúde municipal.

As ações executadas nas USFs municipais obedecem aos critérios do Ministério da Saúde. Assim, cada equipe do Programa Saúde da Família – ESF é composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista e de quatro a seis agentes de saúde. Essa equipe deve acompanhar continuamente, em sua área de abrangência, um número de famílias que varia entre 600 a 1.000, com limite de no máximo 4.500 pessoas.

Sua administração é de competência da Gerência de Atenção Básica, à qual, entre outras funções, cabe capacitar as ESF, estruturar a rede física das USFs e verificar os problemas que impedem a integralidade dos serviços, estruturando a rede de cuidados de saúde municipal.

Cabe relevar que, segundo a atual administração, a saúde foi encontrada estruturada sob um cenário caótico. Dessa forma, afirmando-se sensíveis às demandas urgentes dessa área e por considerá-la uma política pública fundamentada no respeito ao usuário, para sua transformação, a Prefeitura Municipal e a Secretaria Municipal de Saúde – SMS se propõem executar ações de forma humanizada, planejada, com participação democrática, de modo a reorganizar o sistema e dotá-lo de maior resolutividade e qualidade. (JORNAL O NORTE, 2004)

No que tange à organização e gestão do trabalho em saúde, as gestões anteriores não produziram uma política de saúde definida, o que pode ser ratificado pela inobservância de ações de planejamento, pela fragmentação dos serviços e baixa coordenação do sistema de saúde. Como conclusão, a atual gestão definiu como problema-central o fato de que tanto a população de João Pessoa, quanto as circunvizinhas que fazem uso dos serviços executados pelo Sistema de Saúde Municipal, são atendidas “[...] em rede de serviços [...] pouco cuidadosa e com relações desumanizadas” (JOÃO PESSOA, 2005, p. 20).

Essa ingerência proporcionou um quadro de baixa qualidade dos serviços e tem como conseqüências diretas: aplicabilidade ineficiente dos recursos destinados à saúde pública; instalações físicas impróprias para funcionamento; descaso para com os serviços, pacientes e profissionais; contratações irregulares e má distribuição dos recursos humanos.

Todos esses fatores, tomados isolada ou conjuntamente, interferem na qualidade dos serviços prestados e na motivação dos trabalhadores de saúde. A gestão do trabalho, inclusive da educação na saúde, é responsabilidade constitucional dos gestores do SUS em todas as esferas; daí a importância de se desenvolver uma Política de Recursos Humanos que atente para o caráter fundamental que esses profissionais possuem na implementação e fortalecimento do SUS, porque, de fato, são eles os executores da saúde.

que atente para o caráter fundamental que esses profissionais possuem na implementação e fortalecimento do SUS, porque, de fato, são eles os executores da saúde.

Como a atual gestão municipal apresenta um discurso favorável ao desenvolvimento dos recursos humanos, buscou-se, mediante pesquisa realizada por meio de questionários aplicados nos meses de fevereiro e março de 2006 junto aos profissionais de nível superior do Programa Saúde da Família, analisar qual a percepção desses profissionais acerca da Política de Recursos Humanos da Saúde e quais os rebatimentos que ela vem provocando sobre a classe trabalhadora deste setor.

As categorias incorporadas na pesquisa foram a de Odontologia, Medicina e Enfermagem<sup>1</sup> e a amostra foi composta por 65 profissionais, dos quais apenas 3 de cada categoria não possuía pós-graduação. Ressalte-se que entre os que haviam feito pós-graduação, prevaleceram as opções pela área de Saúde da Família e Saúde Pública, levando a crer que entre a maioria dos entrevistados (52), de que a (s) pós-graduação (ões) que fizeram está (ão) adequada (s) ao seu exercício profissional. Isso demonstra maior interesse pela participação em cursos que possam favorecer sua prática e esmaecimento da opção por pós-graduações ligadas apenas a interesses particulares e estanques,

incentivos à capacitação em serviço para os trabalhadores recém-formados, por parte do Governo Federal, de modo a viabilizar a aceitação desta estratégia de reorientação da oferta de serviços de saúde públicos. Esse fato, somado aos bons salários, também explica a alta participação de profissionais jovens de Medicina e Odontologia. Contudo, coube à categoria médica a maior participação de profissionais com faixa etária mais elevada.

Com relação ao tempo de serviço em anos, prevaleceram os profissionais entre 11 e 20 anos de trabalho. Fato este que se explica pela própria faixa etária dos entrevistados, já que, dos 65 profissionais consultados, 26 estão na faixa etária entre 31 e 41 anos, enquadrando-se, portanto, na média dos que têm entre 11 e 20 anos de serviço.

Dentre esses profissionais, houve equivalência entre os estatutários (47,7%), sobressaindo-se a categoria de enfermagem e os servidores contratados temporariamente para atuar no PSF (46,15%), o que corrobora a tese de que o programa, montado em âmbito nacional a partir dos anos 1990, colaborou para o aumento da precarização do trabalho na saúde, mediante o uso indiscriminado de inúmeras técnicas de contratação ligadas a formas irregulares. A tabela 1 mostra que, percentualmente, os médicos compõem a categoria que mais tem profissionais com vínculo baseado em

TABELA 1 – Modalidade de contratação dos profissionais das USFS, João Pessoa – PB: 2006

Vínculo Empregatício	Formação							
	Medicina	%	Enfermagem	%	Odontologia	%	Total	%
Estatutário	3	20%	17	60,7%	11	50%	31	47,7%
Celetista	0	0,0%	3	10,7%	0	0,0%	3	4,62%
Contrato Temporário	1173,	34%	8	28,6%	11	50%	30	46,15%
Outros	00,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Não Respondeu/ Em Branco	1	6,66%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,53%
Total	15100,	0%	28	100,0%	22	100,0%	65	100%

Fonte: Primária

ou distantes da realidade dos postos de trabalho.

Quando se comparam as idades de cada categoria profissional, observa-se que as profissionais de enfermagem são aquelas cuja categoria está, predominantemente, entre as faixas etárias de 20 a 41 anos. Esse número de ingressantes, com menor idade, nas USFs é explicado, segundo documento Brasil (2006), pelo fato de que no PSF vêm ocorrendo

contratos temporários, seguidos pelos cirurgiões-dentistas que também apresentam elevada frequência.

De acordo com os objetivos desta pesquisa, buscou-se construir questionamentos que possibilitassem atestar quais as percepções que os profissionais de nível superior da Atenção Básica, mais precisamente das USFs do DS III, em João Pessoa – PB, têm com relação às ações que são desenvolvidas pela

Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde – SMS para que, a partir daí, se pudesse realizar uma análise dessas ações. Nesse sentido, 10,8% afirmaram desconhecer ações desenvolvidas e destinadas aos recursos humanos e, dentre os que perceberam a existência dessas ações, as respostas que se sobressaíram foram “regularmente satisfatórias” (47,7%); “pouco satisfatórias” (27,7%); “muito eficiente” (4,6%); “ineficiente” (3,1%).

Do mesmo modo, questionados sobre a existência de perspectiva favorável ao desenvolvimento dos recursos humanos na atual gestão, sobressaiu uma visão otimista dos profissionais com relação à atual política da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que 80% deles acreditam haver possibilidade factível para

esse curso/aperfeiçoamento correspondeu apenas à primeira parte de treinamento destinado a quem vai atuar no PSF, o qual está relacionado ao preenchimento da documentação e formulários específicos para o trabalho diário e quantificação de atividades realizadas nas USFs e detecção das doenças relacionadas aos principais programas executados, deixando à margem as demais questões relativas às demandas, trabalho em equipe, participação da comunidade, realização de ações educativo-preventivas, entre outras.

Agrega-se a isso ainda o fato de que 44,62% (29) dos profissionais que participaram desses treinamentos somente foram executados quando já estavam atuando, concorrendo para o descrédito inicial do programa por parte da população, pois,

TABELA 2 – Gestão que ofereceu Treinamento para Trabalho no PSF. João Pessoa – PB: 2006

Gestão	Frequência	Porcentagem
Atual Gestão	2	3,1%
Gestão Anterior	22	33,8%
Não esteve vinculado à SMS	15	23,1%
Não recebeu treinamento	25	38,5%
Não Respondeu / Em Branco	1	1,5%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Primária

seu desenvolvimento, apesar de 42% não perceberem mudanças nas ações dirigidas aos recursos humanos pela atual gestão – se comparadas à gestão anterior.

61,5% dos trabalhadores fixaram considerar que a existência de uma Política de Recursos Humanos que busque valorizá-los, incentivando sua participação e melhorando suas condições de trabalho, irá interferir em sua adesão ao projeto da Reforma Sanitária, em contraposição à opinião de 29,2% que não acreditam nesta interferência.

No mesmo intuito, inquiriu-se se os profissionais foram treinados para trabalhar no PSF, uma vez que isso seria fundamental para uma atuação mais adequada, já que o programa se configura numa inovação da rede assistencial que, como porta de entrada para os demais serviços, exige minimamente a compreensão de sua forma de funcionamento, conhecimento da rede (referência e contra-referência) e de como pactuar com a comunidade e articular as equipes com as demais políticas públicas.

60% dos profissionais confirmaram ter sido treinados para atuar no PSF, contudo entende-se que 38% (25 profissionais) constituem uma amostra muito grande de trabalhadores destreinados. Além disso, atesta-se (tabela 2) que, destes 39 profissionais treinados, a maioria (22) recebeu treinamento apenas através da gestão anterior.

Por meio desses depoimentos, conclui-se que

da maneira como se deu sua implantação, entende-se que prevaleceu mais uma mudança de nomenclatura que de reorganização da rede de assistência à saúde, posto que não se vislumbra que mudanças possam ter sido efetivamente realizadas sem que, contudo, tenham sido previamente acompanhadas pelo preparo de seus recursos humanos.

Esta precariedade dos treinamentos, realizados no ingresso ao PSF, proporcionou que 96,9% dos profissionais investigados declarassem que sentem necessidade de algum curso que favoreça seu trabalho nesse Programa e apenas 3,1% não asseveraram sentir essa necessidade. Ademais, 98,50% alegaram acreditar que cursos, treinamentos, capacitações auxiliam na realização de um trabalho mais qualificado.

Quanto aos cursos demandados, 47,7% revelaram interesse em cursos de ordem técnico-profissional, ou seja, que estejam relacionados diretamente à sua área de atuação; 46,2% a que eles se referiram à gestão da Atenção Básica, tendo em vista as demandas e requisições que o processo de municipalização e, posteriormente, de reorganização da rede lhes impõem cotidianamente. Nesse sentido, o Programa Saúde da Família tem requisitado novas demandas aos profissionais que passaram a travar contato mais estreito com as expressões da questão social, através de sua aproximação com a realidade e o cotidiano dos

usuários desse Programa.

Quando questionados sobre a qualidade das condições de trabalho no PSF, a predominância de respostas levou a considerar-se o ambiente de trabalho mediano, dado que 49,2% dos entrevistados caracterizaram suas condições como “regulares”. Havendo ainda um alto peso (20%) para a opção “ruins”. Baseando-se nas observações de campo, isso leva a crer-se que não houve planejamento na montagem das USFs, mas uma “adaptação” das estruturas físicas onde antes funcionavam os postos de saúde, ou locações de ambientes inadequados, demonstrando-se mais preocupação com sua distribuição numérica que com sua qualidade para funcionamento.

Apesar do exposto anteriormente, 75,4% dos trabalhadores sentem-se satisfeitos em trabalhar no PSF e apenas 20% estão insatisfeitos em atuarem nesse programa. Crê-se que as explicações a respeito dessa satisfação apresentada pela maioria dos entrevistados encontram-se na crise vivenciada no mundo do trabalho, que implica em precarização das relações de emprego e remuneração; da baixa empregabilidade nacional; da maior liberdade que as equipes do PSF do município de João Pessoa têm, em comparação às equipes de outras localidades; bem como pelo status que os profissionais vinculados ao programa têm, com relação aos demais trabalhadores da saúde ainda não incorporados à equipe mínima.

Outro fator que se buscou desvelar foi o relacionamento interprofissional, já que o trabalho em equipe é uma das principais características da proposta do PSF para inovação das práticas de saúde. Nestes termos, 80% (52) dos trabalhadores acreditam haver cooperação entre os diferentes profissionais que compõem a equipe mínima do programa e apenas 18% (12) não vislumbram a existência dessa cooperação; sobressaindo-se a existência de relação positiva mais entre os profissionais de nível superior e menos entre estes e os Agentes Comunitários de Saúde.

Como a avaliação se configura como um dos pressupostos básicos para uma Política de Recursos Humanos, resolveu-se finalizar esta pesquisa, inquirindo os profissionais sobre se conheciam a existência de avaliação de seu desempenho profissional por algum órgão da SMS e se, ao conhecerem essa possibilidade, concordavam com a forma como a mesma era feita. Foi constatado que 53,8% (35) sabem que são avaliados periodicamente e 36,9% (24) desconhecem a existência de qualquer processo avaliativo. Dos 53,8% que afirmaram saber ser avaliados, 35,4% (23) não concordam com a forma como é realizada essa avaliação e apenas 18,5% (12) manifestaram aprovar a forma como essa avaliação é realizada.

#### 4 CONCLUSÃO

Ao se pensar na organização do Sistema Único de Saúde – SUS, emergem duas questões

fundamentais: o financiamento do sistema e a Política de Recursos Humanos desenvolvida pelas gestões federal, estaduais e municipais, recaindo sobre a segunda o ônus de preparar e capacitar profissionais que possibilitem a oferta de serviços com qualidade e que conduzam ao fortalecimento do SUS.

No caso da pesquisa desenvolvida em João Pessoa – Paraíba, comprovou-se que os profissionais apresentaram uma avaliação positiva em relação à Política de Recursos Humanos. Apesar disso, observou-se que as ações desenvolvidas não atingiram as expectativas iniciais, tanto qualitativa, quanto quantitativamente, permanecendo as lacunas observadas nas gestões anteriores, cuja administração dos recursos humanos caracterizou-se pelo conservadorismo, verticalismo e politicismo, urgindo de medidas de maior impacto e pautadas nas reais necessidades dos trabalhadores e dos serviços de saúde.

#### REFERÊNCIAS

ABRASCO. Entrevista com o Ministro da Saúde, Doutor Humberto Costa. 2005. In: **Boletim ABRASCO**, n. 87. Disponível em: <<http://abrasco.org.br/>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 1. ed. 2. reimpressão. Brasília, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pub\\_assunto/educacao.htm#>](http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/pub_assunto/educacao.htm#>). Acesso em: 05 set. 2005.

\_\_\_\_\_. **História da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.aguia.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 ago. 2005.

CAVALCANTI, P. B. **Corporativismo e autonomia profissional no processo de adesão ao Sistema Único de Saúde em João Pessoa – Paraíba**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000. Tese de Doutorado em Serviço Social.

\_\_\_\_\_. Reflexões acerca do tratamento dado aos recursos humanos em saúde no Brasil. In: **Revista do IESP**. João Pessoa - Pb, v.2, p.1-13, 2001.

ELIAS, P. E. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 59-74, 1993.



FRANCO, T. MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Belo Horizonte/Campinas, Março de 1999. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/artigos.htm>>. Acesso em: 05 set. 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/MioloGraduacoes.pdf>>. Acesso em: 30 abril 2006.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. **1ª Oficina de Planejamento Estratégico**: Relatório. Tempo de cuidar – tempo de respeitar. João Pessoa: SMS/Gabinete da Secretaria de Saúde, 2005.

MACHADO, M. H. Gestão pública e ética no trabalho. In: BRASIL. **Política de Recursos Humanos em Saúde**: Seminário Internacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 119-126.

MARSIGLIA, R. M. G. Funcionários públicos, Estado e saúde no Brasil. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 93-118, 1993.

ROCHA, S. F. **Gestão da municipalização da saúde em João Pessoa**: um processo inacabado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, 2005. Dissertação de Mestrado.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, 2001.

SECRETARIA apresenta projetos e ações para uma saúde pública de qualidade. In: **Jornal O Norte**, . 30 de Agosto de 2004. Disponível em: <[www.jornalonorte.com.br/paraiba/?52094](http://www.jornalonorte.com.br/paraiba/?52094)>. Acesso em: 11 nov. 2005.

#### NOTAS

1. Com relação ao gênero dos profissionais arrolados na pesquisa, seguir-se-á a maneira mais usual, referindo-se ao masculino quando se tratar da amostra geral e também quando fizer menção àqueles que pertencem às categorias de Medicina e Odontologia, tendo em vista que, na amostra das duas categorias, houve presença de pessoas do sexo masculino e feminino. Já quando houver referência à categoria de Enfermagem, tratar-se-á pelo feminino, pois a amostra somente foi composta por mulheres.

#### Ana Paula Rocha Miranda

Assistente Social do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPb; Mestre em Serviço Social – UFPb.

#### Patrícia Barreto Cavalcanti

Assistente Social; Doutora em Serviço Social pela PUC-SP; Professora do Departamento de Serviço Social da UFPb.

#### Mirian A. da Silva

Enfermeira; Mestre em Serviço Social – UFPb; Profa. do Departamento de Enfermagem - UFPb.

#### Claudenizia de O. Pereira

Assistente Social; Mestranda em Serviço Social – UFPb.

#### Universidade Federal da Paraíba - UFPb

Cidade Universitária - Campus I  
João Pessoa – PB  
CEP: 58059-900