

POLÍTICAS PÚBLICAS



SAÚDE DA FAMÍLIA E RH: DIMENSÕES PARA EFETIVIDADE

FAMILY HEALTH AND HR: DIMENSIONS FOR EFFECTIVENESS

Núbia Cristina da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração
Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS/SES-MG

Doutoranda em Administração – CEPEAD
Pesquisadora Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Universidade Federal de Minas Gerais
Departamento de Administração – FACE
Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS/SES-MG

Professor Associado da UFMG
Professor Afiliado Universidade do Porto

Raquel Braga Rodrigues

Universidade Federal de Minas Gerais
Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS/SES-MG

Mestre em Administração
Pesquisadora Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Júnia Marçal Rodrigues

Hospital Risoleta Tolentino Neves
Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS/SES-MG

Assessora Recursos Humanos/Mestre em Administração
CEPEAD-UFMG

Thiago Augusto Hernandes Rocha

Universidade Federal de Minas Gerais
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração
Observatório de Recursos Humanos em Saúde SUS/SES-MG.

Mestrando em Administração – CEPEAD
Pesquisador Observatório de Recursos Humanos em Saúde.

Data de submissão: 22 mar. 2010 . **Data de aprovação:**

10 jul. 2011 . **Sistema de avaliação:** Double blind review. .
Universidade FUMEC / FACE . Prof. Dr. Cid Gonçalves Filho .
Prof. Dr. Luiz Cláudio Vieira de Oliveira . Prof. Dr. José Marcos
Carvalho de Mesquita.

RESUMO

O presente estudo abordou a temática de gestão de recursos humanos em saúde na Estratégia Saúde da Família sob uma perspectiva dos gestores e dos profissionais de saúde alocados na atenção clínica. Seu principal objetivo foi analisar as dimensões críticas, relacionadas à gestão de Recursos Humanos na esfera da saúde, avaliando, comparativamente, as distintas perspectivas de profissionais e gestores, visando a elucidar os pontos convergentes e

os divergentes desta temática. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa calcada na realização de grupos focais com profissionais e gestores da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados acenam para uma convergência entre as percepções de gestores e profissionais, no que tange aos desafios de gestão de recursos humanos em saúde, para a Saúde da Família. Os desafios apontados surgem como elementos de discussão para assegurar a efetividade da Estratégia de Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE

Estratégia Saúde da Família. Gestão de recursos humanos. Análise dimensional.

ABSTRACT

The paper discuss the thematic of human resource management within Family Health Strategy with the perspective of managers and health workers allocated in clinical attention. The main purpose was analyze critical dimensions bounded to human resource management in health assessing in a comparative way distinct perspectives of health workers and health managers, in order to elucidate convergent and divergent points. A qualitative research based on focal group methodology with workers and managers was developed and the results pointed for a convergence between their perceptions related to challenges in health human resource management. The challenges pointed out arise as elements of a discussion that tries to assure the effectiveness of Family Health Care Strategy.

KEYWORDS

Family health care strategy. Human resource management. Dimensional analysis.

APRESENTAÇÃO

A Estratégia Saúde da Família surge, a partir de 1994, como uma nova forma de organização do sistema de saúde brasileiro. Sua lógica de atuação buscou modificar o modelo de atenção à saúde pautado na atenção às condições agudas,

tornando-o um modelo voltado para atuação junto a condições crônicas. Neste sentido, a forma de atuação da Saúde da Família apresenta uma série de diferenças em relação ao Modelo Convencional de oferta de serviços em saúde, sendo o processo de trabalho a mais significativa delas. Naquele, o

trabalho passa a ser desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, sendo que muitas destas ações são estabelecidas por determinação legal.

A proposta de reorientação na oferta de cuidado em saúde se deu no intuito de superar os diversos desafios impostos ao SUS para a garantia da universalização de acesso e equidade de tratamento. Apesar dos esforços engendrados para a superação destes obstáculos, a dimensão de gestão do trabalho ainda figura como entrave para a plena operacionalização do SUS. As dificuldades impostas por diferenças na capacidade de gestão dos

municípios, pela Lei de Responsabilidade Fiscal, e pela heterogeneidade de contratos de trabalho, com predominância de vínculos precários, têm dificultado a gestão do SUS, em especial a gestão de Recursos Humanos.

Na Saúde da Família, os obstáculos que se apresentam na gestão, ainda que relacionados à esfera da atração e fixação dos profissionais, relacionam-se historicamente com um vasto campo na confluência dos temas de educação e gestão do trabalho em saúde. A linha do tempo, ilustrada na FIG. 1, tenta, de forma resumida, apresentar os momentos de debate de Recursos Humanos na Saúde.

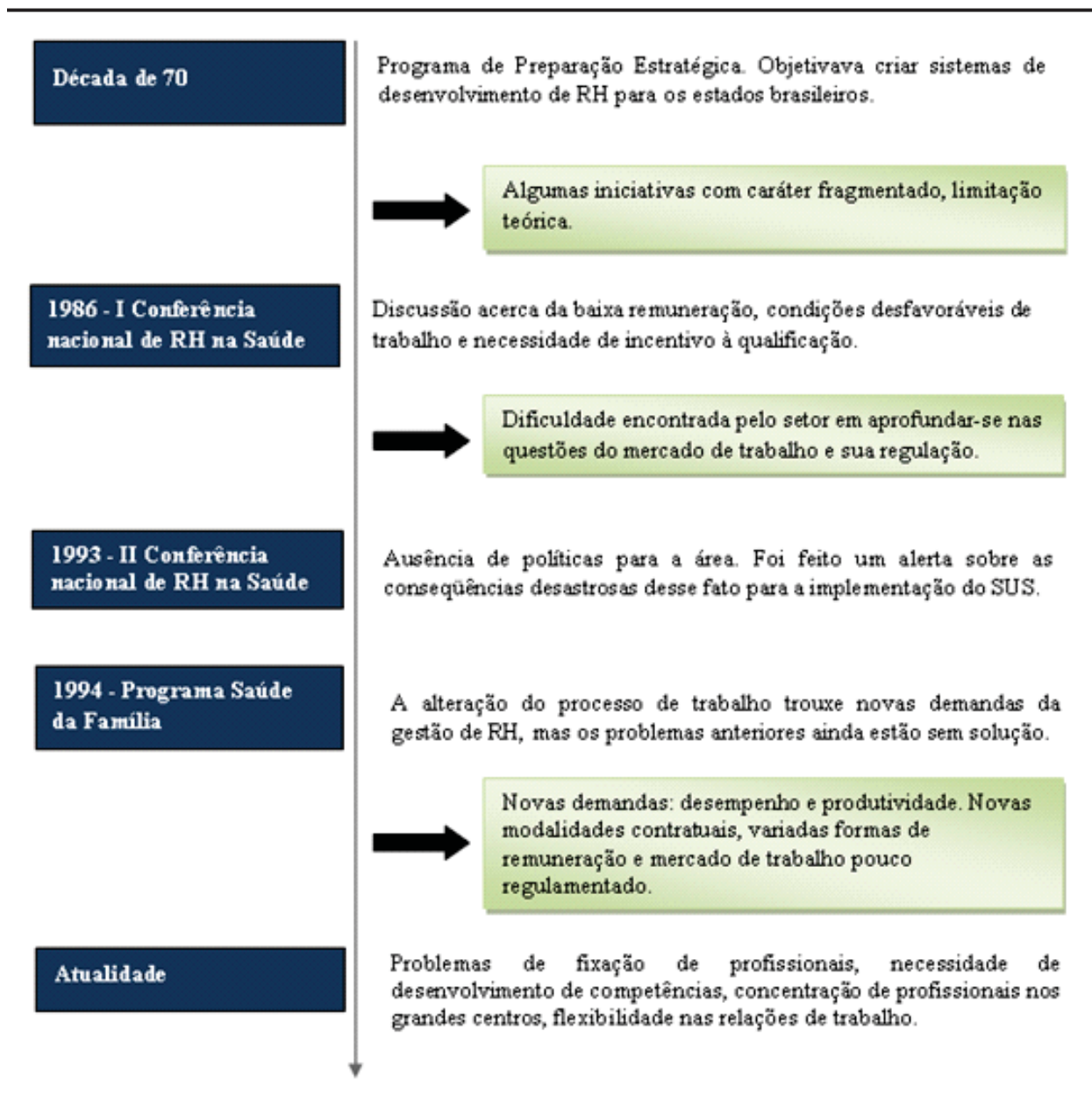


FIGURA 1 – Evolução da discussão de RH na Saúde: um preâmbulo

Fonte: elaborado pelos autores a partir de revisão de literatura

Aliados a esses problemas, somaram-se a diversificação da carga horária contratual, problemas de fixação das equipes de profissionais e necessidade de desenvolvimento de competências específicas necessárias para desempenho das atividades (PIERANTONI, 2001; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

O debate que se iniciou de forma propositiva nas conferências nacionais de saúde, com a necessidade de incluir a gestão de RH para compor o quadro do setor, não apresentava avanços e, ao mesmo tempo, a situação evidenciava alguns problemas que foram se aprofundando, e outros que surgiam diante das ações de implementação do SUS.

Com a implementação do Programa Saúde da Família, em 1994, os problemas de gestão de RH permaneceram ou até se agravaram. A alteração do processo de trabalho trouxe inúmeros desafios à gestão, ao inserir uma nova lógica para prestação de serviços (PUSTAI, 2004). Assim, parte das tensões enfrentadas pela gestão advém da própria organização do trabalho proposta da Saúde da Família, que se diferencia da prática adotada pelos modelos tradicionais de atenção à saúde.

Genericamente, tais problemas podem ser agrupados em quatro grandes eixos: i) relacionados à formação dos profissionais, treinamento e educação para o serviço; ii) vínculo, modalidades contratuais e fixação de profissionais; iii) compreensão do novo processo de trabalho e, iv) necessidade de informações para subsidiar políticas públicas.

Deve-se considerar, no entanto, que essas temáticas não esgotam o desafio que se apresenta para a gestão dos

recursos humanos na saúde, mas são elementos que exercem forte influência na consolidação da Saúde da Família. Discute-se, portanto, que eles precisam ser trabalhados sob pena de mitigar os esforços até então desenvolvidos com o intuito de busca soluções para os problemas de RH inerentes à saúde.

Do ponto de vista dos profissionais, a atuação da Saúde da Família envolve variados aspectos conceituais, ligados diretamente ao que os mesmos almejam em termos de trabalho e carreira e ao que lhes é oferecido em termos de recursos materiais e simbólicos.

Existem evidências de que os profissionais percebem algumas desvantagens na atuação na Saúde da Família. Parte deles considera que há número excessivo de famílias por equipe em decorrência de a expansão do modelo não ser acompanhada pela ampliação das equipes e redimensionamento dos postos de atendimento. Para eles, existem também empecilhos para uma atuação mais planejada, conforme previsto pelo modelo, como a demanda excessiva por atividades de pronto atendimento, que diminui o tempo para a realização de visitas domiciliares e demais ações preventivas. Por vezes, a carga horária definida é também citada pelos médicos como fator de desgaste no trabalho (MACHADO, 2002; MENESES; ROCHA; TRAD, 2005; SEIXAS, 2006).

As condições físicas e materiais de trabalho também figuram entre as principais queixas dos profissionais e representam potenciais fatores de rotatividade. Neste grupo, destaca-se a infraestrutura física deficiente, falta de material e de medicamentos e

deficiência de um sistema de referência e contrarreferência adequado (MACHADO, 2002; MENESES; ROCHA; TRAD, 2005; SEIXAS, 2006).

Os problemas citados podem ser vislumbrados, do ponto de vista dos profissionais, pela forma como lidam com as novas determinações de processo de trabalho e com o contexto que os envolve, ou a partir da referência dos gestores responsáveis pela Saúde da Família nos municípios, que precisam implementar a política. Portanto, este trabalho tem por objetivo analisar as dimensões críticas relacionadas à gestão de Recursos Humanos na esfera da saúde, avaliando, comparativamente, as distintas perspectivas de profissionais e gestores, visando a elucidar os pontos convergentes e os divergentes desta temática.

A GESTÃO DE RECURSOS E O CONTEXTO DA SAÚDE

A Administração de Recursos Humanos (ARH) caracteriza-se por atividade que envolve dimensões objetivas e subjetivas, que indicam como a organização lida com seus membros para, através deles, atingir seus objetivos ao mesmo tempo em que busca aliar a estes o alcance dos objetivos dos indivíduos, com vistas a tornar a gestão de RH estratégica e não meramente vinculada à quantificação e controle de pessoas.

Para Fischer (1987, p. 33), as técnicas da ARH exprimem a filosofia da organização para com o fator trabalho, sendo que “as políticas da ARH produzem, reproduzem e redefinem, para o contexto específico das organizações, as contradições e características do sistema social em que se inserem”. Deve-se considerar, ainda,

a evolução dos mercados de trabalho que modificou as políticas de educação e trabalho, aumentando a exigência dos níveis de capacitação dos trabalhadores, intensificando a mobilidade profissional, de emprego e de ocupação. Tais fatores sinalizam a necessidade de construir modelos ou sistemas de educação e formação profissional, bem como práticas de gestão de RH que captem estas transformações em diferentes contextos.

De forma bem sucinta, a gestão de Recursos Humanos pode ser entendida sob três perspectivas que consideram a evolução de seu papel nas organizações ao longo do tempo. Pode-se dizer que, em sua concepção tradicional, é representada por um conjunto de subsistemas que visam atrair, compensar, avaliar e desenvolver pessoas. Nesta visão, a função de Recursos Humanos é de um subsistema de manutenção ou de apoio às atividades fim da empresa.

Numa visão tida como “moderna”, a gestão de Recursos Humanos é percebida como o espaço mediador do conflito entre capital e trabalho e os instrumentos desta área como ferramentas para minimizar manifestações de conflito entre estas duas classes antagônicas. A tônica desta fase, portanto, é que a gestão de RH não se refere mais somente ao que ocorre dentro da empresa, pois percebe que sofre interferências do contexto socio-econômico.

Na discussão contemporânea, a ARH tende a assumir um caráter competitivo, ou seja, alinhado à postura das empresas de se diferenciar para manter a competitividade. Tal contexto pode ser observado a partir do fim da década de 1980, momento de mudanças que tiveram

reflexo na atuação das empresas como um todo e, particularmente, na ARH. Destacam-se, neste período, o processo de estabilização econômica, a abertura de mercado, a tendência mundial de busca de qualidade e da competitividade que incitam a busca por novos modelos de gestão mais adequados à realidade do momento vivido.

Do ponto de vista técnico-operacional, a Administração de Recursos Humanos se desdobra em diferentes subsistemas interdependentes, com ferramentas que visam a disponibilizar os recursos humanos necessários ao alcance dos objetivos organizacionais, segundo a organização do trabalho vigente na instituição. Em campos temáticos específicos, como é o caso da saúde, esta realidade se ajusta (ou deveria se ajustar) às suas demandas e especificidades. A partir disso, torna-se possível subsidiar a reflexão sobre políticas públicas de Recursos Humanos que efetivamente contribuam para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção primária à saúde como seu foco principal.

O SUS foi definido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142, em 1990. Este sistema surge com o papel de minimizar a situação de desigualdade no acesso à saúde, a partir da definição de princípios norteadores que garantam: i) universalidade de atendimento; ii) equidade; iii) integralidade de atendimento (BRASIL, 1990).

Para garantir a efetividade e operacionalização destes pilares, defende-se que o sistema deve ter o formato de uma rede, na qual a atenção primária à saúde (APS) tenha o papel de organizar o fluxo dos usuários no sistema, e de constituir um centro de comunicação da rede de serviços de saúde, conforme FIG. 2. Starfield (2002) afirma, baseando-se em estudos comparativos entre as nações, que um "sistema de saúde fortemente articulado segundo os moldes da Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social."

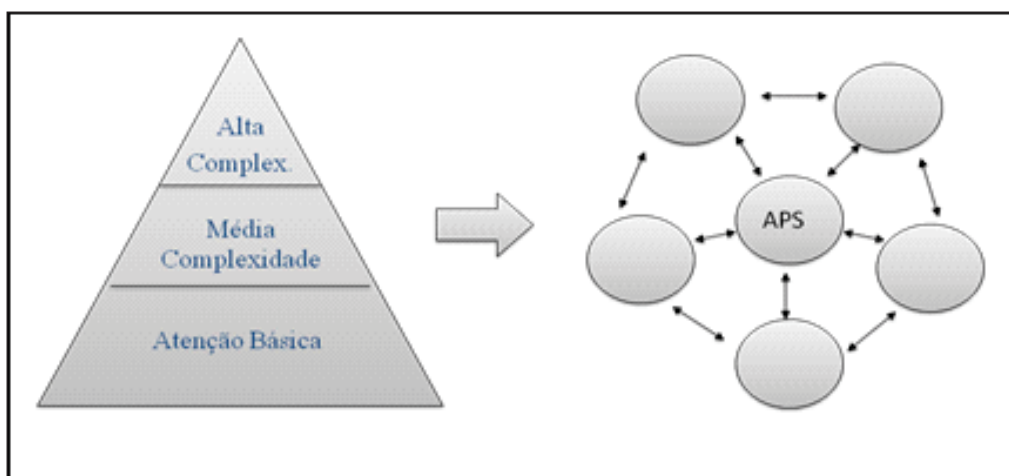


FIGURA 2 – Alternativas de organização do sistema de saúde

Fonte: MENDES, 2002.

O modelo de atenção primária brasileiro, considerado adequado para cumprir estes papéis, se concretiza por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual define que a oferta de serviços de saúde será prestada por uma equipe de saúde da família, minimamente composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à uma população adscrita (BRASIL, 2006).

O processo de trabalho pensado para a ESF rompeu com os padrões até então utilizados, impondo mudanças como: a responsabilização pela assistência integral à população adscrita; as atividades educativas de grupo; o atendimento domiciliar; as ações de vigilância à saúde, promoção e prevenção; a incorporação de instrumentos que permitem avaliar a cobertura da população e a produção dos profissionais; e, sobretudo, a instituição de uma equipe multidisciplinar. Tais mudanças alteraram a organização do trabalho para além de uma assistência integral com ênfase em condições crônicas e, por conseguinte, determinam o perfil do profissional desejado para atuar nas equipes de Saúde da Família (PUSTAI, 2004).

As implicações do novo arranjo operacional trouxeram diversas implicações para a gestão como um todo e, em destaque, para a gestão de RH. A necessidade de reorientar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, no âmbito de um novo modelo de sistema de saúde exigiu esforços de capacitação por parte do governo, uma vez que a formação atribuída aos profissionais de saúde não se adequava

ao novo modelo proposto (PUSTAI, 2004, DAL POZ *et al.*, 2002).

Necessariamente, em termos de gestão de RH, o dispêndio de recurso em capacitação precisa ser amparado por iniciativas que visem a reter a mão-de-obra recém qualificada, sob o risco de perda do esforço dedicado à capacitação. Neste sentido, é imprescindível para a ESF reter bons profissionais, capazes de atuar segundo os moldes do novo modelo de oferta de cuidado em saúde, pois, de certa forma, pode se garantir níveis mínimos de cumprimento de atividades e ações adequadas ao modelo proposto. O exemplo acima elucidado como a gestão de RH surge como elemento essencial para assegurar o funcionamento adequado do sistema de saúde.

METODOLOGIA

O objetivo geral deste estudo é analisar os elementos críticos da gestão de Recursos Humanos na Saúde, mais especificamente na Saúde da Família, a partir de dois grupos de atores: os gestores municipais de saúde e os profissionais que atuam na Saúde da Família em Minas Gerais.

O Estado de Minas Gerais possui 853 municípios e é o segundo mais populoso do Brasil (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2007). No que diz respeito à saúde, o Estado tem uma organização geográfica própria, dada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). O PDR divide o Estado em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-polo e 75 microrregiões sanitárias; e é referência para a organização dos serviços de saúde,

com o intuito de otimizar a distribuição de recursos financeiros no Estado (MENDES, 2007).

Com relação à Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais, o 1º censo de Recursos Humanos identificou que, das 5009 unidades básicas de saúde, 59,3% atendem exclusivamente Saúde da Família,

14,4% são unidades convencionais e 26,3% atuam de forma mista, com a oferta de serviços no modelo convencional e com equipes de PSF (BARBOSA; RODRIGUES, 2006). Alguns dados apresentados na TAB. 1 caracterizam a Saúde da Família no Estado.

TABELA 1 - Dados da Saúde da Família em Minas Gerais

Indicadores	Resultados
Número de municípios com Saúde da Família	823 municípios. 96,5% dos municípios do estado
Cobertura populacional da estratégia no estado	70% da população do estado encontra-se coberta pela Saúde da Família
Número de Unidades Básicas de saúde que atendem a Saúde da Família	3.691 Unidades Básica de Saúde
Número de profissionais de saúde que atuam na Saúde da Família	37.633 profissionais

Fonte: BARBOSA; RODRIGUES, 2006

Para entender os elementos críticos deste contexto específico foi escolhida a técnica de grupo de foco. Segundo Vergara (2005), o grupo de foco é uma técnica de coleta de dados conduzida por um moderador, objetivando a discussão de um tópico específico, e vem sendo utilizada desde 1920, largamente empregada em pesquisas qualitativas, uma vez que permite coletar dados num intervalo de tempo reduzido e em quantidade adequada. Além disso, informações e reações registradas nos grupos são de grande valia e não poderiam ser captadas via observação ou entrevista individual (FREITAS; OLIVEIRA, 2006).

Nos grupos de foco realizados na pesquisa, os participantes foram selecionados em função do acesso, caracterizando-os como uma amostra intencional. O caráter intencional ou a amostragem intencional, segundo Marconi e Lakatos (1996), consiste em selecionar um subgrupo de uma população (no caso os profissionais de nível superior que atuam na ESF e os gestores municipais) que possa ser considerado típico desta população. Porém, é importante ressaltar que ela não é estatisticamente representativa de uma população.

Foram realizados 5 grupos com profissionais médicos e enfermeiros, além

dos 2 com gestores municipais de saúde. O QUADRO 1 relaciona os grupos que foram

realizados para o desenvolvimento desse trabalho e seus respectivos participantes.

QUADRO 1 - Relação dos grupos de foco realizados e seus participantes

Grupo	Categoria	Categoria	Participantes
1	Profissionais ESF	Enfermeiras do ESF de diferentes municípios de MG	7
2	Profissionais ESF	Enfermeiras do ESF de diferentes municípios de MG	3
3	Profissionais ESF	Médicos da macrorregião de Uberlândia que participam do Programa de Educação Permanente	5
4	Gestores de saúde	Secretários municipais de saúde da macrorregião de Uberlândia/ Coordenador PSF	4
5	Gestores de saúde	Secretários Municipais de Saúde da macrorregião de Itabira	4
6	Profissionais ESF	Médicos da macrorregião de Janaúba que participam do Programa de Educação Permanente	10
7	Profissionais ESF	Enfermeiros e médicos do ESF da macrorregião de Salinas	12

Fonte: a partir dos trabalhos realizados pela equipe

Procurou-se realizar os grupos de foco com atores envolvidos nas diversas macrorregiões de Minas Gerais, buscando obter opiniões desses atores que refletissem a realidade que eles

vivenciam onde atuam. A FIG. 3, a seguir, ilustra os municípios nos quais atuavam os profissionais e gestores que participaram do estudo.

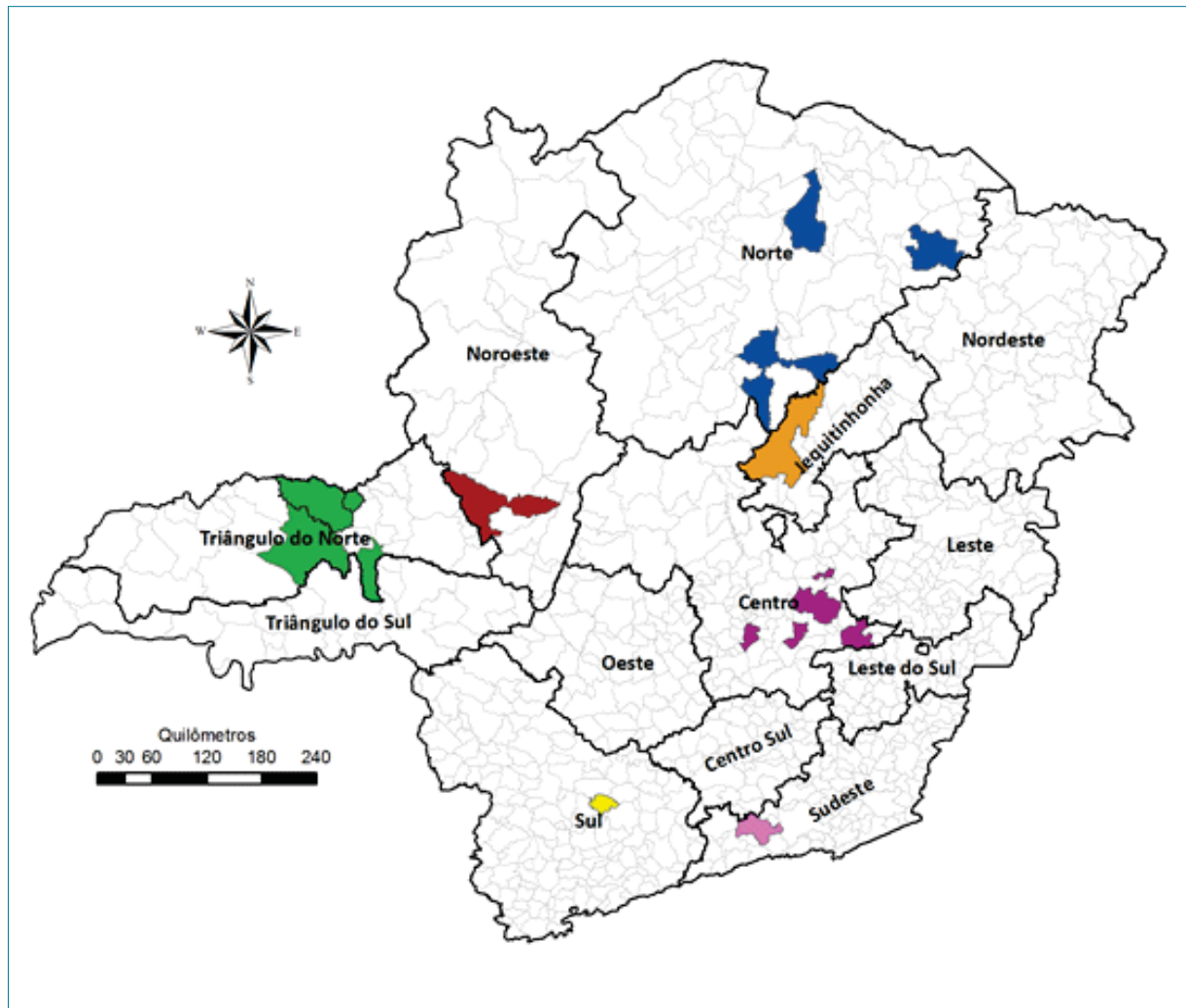


FIGURA 3 – Municípios de origem dos gestores e dos profissionais dos grupos focais

Fonte: a partir dos dados do estudo

Outro aspecto que reforça a realização de diferentes grupos diz respeito ao momento de encerrar a coleta de dados, quando o moderador pode antecipar o que será dito no grupo, ou seja, os dados passam a se repetir (MORGAN, 1997). Esta repetição foi evidente nos grupos de foco realizados. As questões abordadas ao longo dos mesmos foram se tornando repetidas na medida em que os grupos foram realizados. Por isso, no caso dos gestores municipais, o total de grupos foi reduzido, uma vez que houve uma sobreposição de temas elevada.

Para a elaboração do roteiro dos grupos e para análise dos dados foram selecionadas, a partir do levantamento teórico, algumas variáveis que mantêm relação com a gestão de RH na saúde.

- As variáveis individuais: diretamente relacionadas ao profissional, tanto na perspectiva da sua atuação profissional como dos fatores pessoais, que influenciam a relação estabelecida com as organizações.
- As variáveis organizacionais: dizem respeito às práticas, políticas e condições definidas pelas organizações e locais de trabalho e
- As variáveis contingenciais: fatores, em sua maioria externos, que estão associados ao contexto sócio-político e econômico que abrange, em parte, os próprios indicadores individuais e organizacionais.

A FIG. 4 sintetiza a configuração final do modelo de análise.

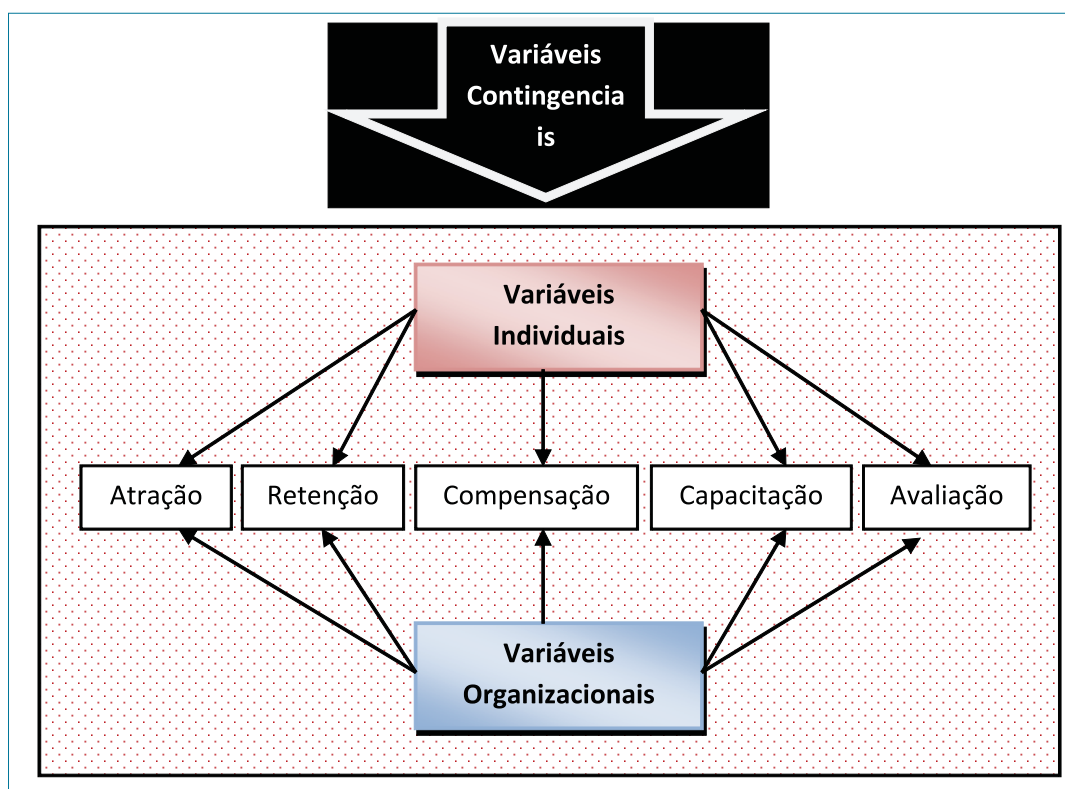


FIGURA 4 – Modelo de análise do estudo

Fonte: elaborado pelos autores

RESULTADOS DOS GRUPOS DE FOCO

A síntese dos grupos é apresentada a partir das variáveis centrais destacadas na seção metodológica. Esse arranjo permite visualizar as convergências e divergências da percepção entre os profissionais que atuam na ESF e os gestores municipais de saúde sobre as temáticas propostas.

Variáveis Individuais

As variáveis individuais foram discutidas pelos profissionais e pelos gestores nos grupos de foco destacando quatro pontos-chaves: a formação, o status da especialidade, a remuneração oferecida e o perfil profissional. Outros indicadores surgiram de forma marginal, e serão apresentados de maneira esquemática no QUADRO 3.

A formação surgiu como uma demanda marcante nos grupos, destacando o fato de que a Saúde da Família ainda não tem, nas universidades, a mesma visibilidade que as outras especialidades, e, por isto, os alunos não têm contato com a estratégia ao longo da formação. Soma-se a esta problemática a falta de profissionais de referência na área nas universidades, não sendo possível a aproximação com profissionais formados e ditos bem sucedidos na carreira médica, como ocorre nas outras especialidades.

Ainda dentro desta temática, surgiu a necessidade de intercâmbio entre profissionais, uma vez que os médicos, principalmente, têm um sentimento de isolamento no trabalho na Saúde da Família. A participação em congressos e eventos foi destacada como uma das formas de sanar este problema, bem como os grupos de educação permanente – iniciativa do Estado mineiro.

- Para valorizar o profissional, deve-se atuar na formação. O cargo de médico do PSF deve ser desejado pelo estudante.
- Falta espaço para produção científica, intercâmbio com a Universidade, tanto para influenciar a formação dos estudantes quanto para poder se aperfeiçoar.
- São poucos os profissionais e/ou professores, ditos bem sucedidos, que estão atuando no PSF ou são entusiastas da estratégia. Em geral, existe uma resistência ao PSF, visão pejorativa, de um programa que pode findar a qualquer momento.
- O PEP é um momento de aprendizado em que o profissional sai da solidão, cria vínculo com outros profissionais.

O status negativo do médico de Saúde da Família também foi alvo de embate nos grupos. Os participantes constataram que este é um fator limitador para a consolidação da estratégia, uma vez que a especialidade é vista de forma pejorativa pela classe médica em geral, e é tida como uma medicina que utiliza poucos recursos e voltada para os menos favorecidos. Em grande medida, os profissionais comparam a Saúde da Família com outras especialidades médicas, e ponderam que ainda há mais benefícios na escolha de outras áreas. Alguns trechos do debate dos grupos de foco podem ilustrar esta problemática:

- O médico de Saúde Pública é desvalorizado, visto como incompetente, como aquele que não conseguiu mercado de trabalho no consultório, então foi para saúde pública: “Ah, não tem consultório,

não deve saber nada, por isso que ele tá lá”.

- O médico do PSF é visto como quem não conseguiu passar na residência, que fracassou. Significa que está lá por falta de opção.
- “o médico que é valorizado é exatamente o médico que tem consultório particular, que o consultório pra marcar consulta com ele é só daqui a 30 dias, né? Que é lotado, que anda num carrão chiquérrimo, então aquele é de terno e gravata, ele é o médico”.
- Bons clínicos estão nos grandes hospitais e nas universidades, não estão no PSF.

Alguns aspectos financeiros também surgiram por parte dos profissionais, que visualizam a Saúde da Família como uma forma obter ganhos salariais, já que, por falta de profissionais, e outros aspectos que ainda serão abordados, os municípios, principalmente de regiões carentes, ofertam salários muitos superiores aos praticados pelo mercado.

- Remuneração paga pelo PSF é considerada boa, bem acima da média paga nos estabelecimentos privados ou para outras especialidades no SUS.
- O que atrai é o salário, o fato de não trabalhar em finais de semana e feriados.

O perfil profissional também foi destacado como condição necessária para atuação na Saúde da Família, sobretudo pelos gestores municipais, que acreditam

que o profissional deve ter aptidão e desejo de atuação profissional compatível com os princípios do modelo. Atualmente, a procura pelos recém-formados para atuação na Saúde da Família é crescente, de acordo com os gestores.

Estes atores destacam, ainda, a diferença de comprometimento entre as categorias profissionais que compõem as equipes, ressaltando a dificuldade de contratação de médicos que atendam às necessidades da estratégia de Saúde da Família nos municípios, o que não acontece com as outras categorias profissionais.

- Os médicos recém-formados não têm perfil para o PSF. Os que se formaram há mais tempo têm perfil, mas somente vão para o programa quando deixam as outras atividades.
- O exercício da profissão está associado à vocação, exige doação, gostar de cuidar do outro;
- O perfil do médico do PSF é importante: estar bem centrado na parte educativa, de evitar a doença, saber trabalhar em equipe.
- O PSF para o recém-formado é a melhor porta de entrada, inclusive financeiramente.
- O problema da rotatividade tem como uma de suas causas o grande número de recém-formados que o programa contrata, mas que não possuem maturidade nem experiência e priorizam a residência médica em detrimento do PSF.

QUADRO 2 - Variáveis Individuais

	Atração	Retenção	Compensação	Capacitação	Avaliação	
Individuais	Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil do indivíduo ▪ Realização profissional ▪ Significância da tarefa ▪ Estabilidade financeira 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alternativas ao emprego atual ▪ Expectativas individuais ▪ Status 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cargo que ocupa ▪ Comprometimento ▪ Desempenho ▪ Nível de esforço individual ▪ Percepção de equidade de recompensas e oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cursos de reciclagem ▪ Desenvolvimento pessoal ▪ Especialização ou pós-graduação (instituição, local e ano de conclusão lato e strictu sensu) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não foram citados indicadores
	Gestores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação/adaptação à cultura organizacional ▪ Perfil do indivíduo ▪ Naturalidade ▪ Naturalidade do cônjuge (se for o caso) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alternativas ao emprego atual ▪ Comprometimento ▪ Tempo de permanência na Instituição ▪ Tipo de categoria ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nível de esforço individual ▪ Percepção de equidade de recompensas e oportunidades ▪ Poder da posição ▪ Status 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aptidão e capacidade individual ▪ Local e ano de conclusão do curso de formação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aptidão e capacidade individual ▪ Nível de esforço individual

Fonte: a partir dos trabalhos realizados pela equipe

Variáveis Organizacionais:

Em relação às variáveis organizacionais, foram predominantes aspectos relevantes em relação às modalidades de vinculação dos profissionais e suas implicações para o desempenho dos mesmos, bem como para aspectos relativos à remuneração e ao balizamento de uma carreira. Neste sentido, as possibilidades de contratação emergiram como tema principal do debate, tanto por parte dos profissionais

de saúde quanto dos gestores, uma vez que o tema mantém relação com um amplo espectro de ações no âmbito da Saúde da Família, tendo repercussões em muitos elementos delicados para a efetivação da Estratégia Saúde da Família.

Um dos pontos centrais para os profissionais é o fato não haver estabilidade nos municípios, o que torna o trabalho na Saúde da Família pouco seguro, deixando para o gestor o poder de decidir os rumos da estratégia no município (o que muitas

vezes é conduzido a partir de questões político-partidárias). Por este motivo, para os profissionais, a variável organizacional mais debatida foi a forma de contratação. Esta modalidade foi debatida em função da descontinuidade administrativa, sobretudo em municípios pequenos, e do próprio modelo do programa, que apregoa o vínculo ao longo do tempo.

Além do concurso, os profissionais demandam a criação de uma carreira bem desenhada, que preveja progressão com critérios claros (tempo de trabalho na equipe, qualificação, avaliação de desempenho) - que incluam também os resultados - e privilegiem os profissionais que queiram trabalhar no formato em que o programa saúde da família foi estabelecido.

- Deveria haver um plano de carreira que valorizasse a qualificação do profissional, com incentivo para especialização, incentivo à produção científica, incentivos aos preceptores e valorização do tempo de serviço.
- Eu fiz uma prova de título, passei, mas, assim, eu tô extremamente frustrada. Pra que eu fui fazer isso? Gastei um dinheirão, prestei a prova, voltei e ainda vou ter que pagar mais R\$ 200,00 pro título vir. Para que? Porque não tem nenhum incentivo, não. É a mesma coisa: quem tem, quem não tem; quem especializa, quem não especializa.
- A carreira SUS, como uma carreira onde você tem a possibilidade de ascensão, onde você possa progredir através do tempo, através da qualificação, então onde você se sinta estimulado a fazer carreira, como tem o poder judiciário.

Outra variável levantada foi a remuneração. De forma geral, os grupos sinalizaram a necessidade da definição de salários ou faixas salariais condizentes com a carga horária exigida pela Saúde da Família. Esta definição salarial deve compatibilizar o conteúdo do trabalho, as condições em que o mesmo será desenvolvido e a possibilidade de ganhos na iniciativa privada. Por outro lado, o salário não deve ter caráter apenas de atração, mas deve ser pensado em conjunto com ações de fixação que possam se traduzir em resultados para a estratégia.

Dentro da perspectiva de aliar o salário a outras ações, surgiu a necessidade de buscar assegurar a equidade salarial dentro da categoria profissional, ou seja, definir variações salariais mínimas entre profissionais que atuam na mesma função e em um mesmo município. Ainda nesta via, a proposição do salário deve ser pensada em nível regional, a fim de garantir que não haverá disputa entre municípios da mesma região por profissionais, a chamada equidade salarial externa.

Para os gestores, o aspecto financeiro aparece de forma negativa, como um dos elementos da competição dos municípios por profissionais. Além disto, a remuneração atrai o profissional somente por um determinado período, até que ele consiga de fato iniciar a carreira em um local de interesse.

- Necessidade de criar uma referência salarial, regular e padronizar para fugir dos profissionais que só querem fazer uma poupança e sair do município, sobretudo nos de pequeno porte.

- Porque aí precisa de um dinheirinho pra comprar um carro, pra melhorar a situação, mais depois ele vai lá pra residência, especialização e coisa parecida.

Os profissionais, por outro lado, mais que a definição de salários, demandam uma política de remuneração que permita diferenciações em função dos resultados gerados e do desempenho alcançado, atrelando parte do salário às diretrizes da estratégia saúde da família, em uma proposta de remuneração variável.

- Tem que ter um bônus de permanência progressivo, como anuênio, por exemplo.
- Bonificar as equipes que tiverem uma monitoração legal, atingir suas metas.

Na perspectiva dos gestores, no entanto, o contrato administrativo é visto como a melhor forma de vinculação dos profissionais, pois dá ao gestor governabilidade sobre a força de trabalho, permitindo gerenciar o quadro de pessoal levando em conta o desempenho e o resultado dos profissionais. Estes atores veem a estabilidade fornecida pelo concurso público como uma forma de engessamento, que permite que profissionais ruins permaneçam no cargo pela dificuldade em se desligar um funcionário público.

- Porque o contrato, o contrato te dá liberdade da pessoa achar que ela tem todo o direito de estabilidade. A tal de estabilidade espanta a gente, sabe?
- O mal do processo administrativo é que vai anos e anos no processo administrativo, aí você sai e o funcionário ainda continua lá

fazendo a mesma coisa. Então, eu acho que a contratação, o contrato jurídico bem feito, eu acho que ainda é a melhor opção.

- O concurso teria que garantir mecanismos para se livrar de um funcionário inadequado. No concurso ele pode correr o risco de contratar pessoas inadequadas.

Tendo em foco a perspectiva de atração e fixação de profissionais o debate sobre o vínculo profissional surgiu como algo significativo, uma vez que se mostrou como possível fator impactante na capacidade dos municípios em manter um quadro de profissionais adequado aos princípios da ESF.

Os profissionais não questionam as premissas da Saúde da Família impostas juridicamente, não sendo este um fator que dificulta a fixação. No entanto, quanto ao conteúdo do trabalho, existe um consenso de que o mesmo é amplo e desafiador, mas pode ser frustrante se não existir uma rede de apoio para conseguir maior resolutividade do trabalho. O mesmo acontece no que diz respeito à infraestrutura das unidades de saúde: instalações prediais precárias, equipamentos obsoletos, materiais em falta.

- Entretanto, existe a necessidade de estabelecer critérios de acesso, uma vez que não existe seleção para preenchimento das vagas de médico do PSF na maior parte do Estado. Analisar a qualificação do profissional para o trabalho no intuito de não selecionar profissionais que não estejam preparados para o trabalho “desafiador” do PSF.
- Algumas pessoas vão recém-formadas para o PSF, por acreditar

que é uma atividade mais “fácil”, não entendendo toda a complexidade envolvida nas atividades do programa;

- O trabalho no PSF exige responsabilização pelos pacientes, é um trabalho mais complexo e desgastante.

QUADRO 3 - Variáveis organizacionais

	Atração	Retenção	Compensação	Capacitação	Avaliação
Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade instalada para atendimento – recursos e equipamentos ▪ Condições de trabalho ▪ Conteúdo e atribuições da função ▪ Horário ou turno de trabalho ▪ Jornada de trabalho ▪ Nível de complexidade da função ▪ Sistema de Remuneração ▪ Situação Trabalhista ▪ Tipos de benefícios oferecidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade instalada para atendimento – recursos e equipamentos ▪ Condições de trabalho ▪ Desligamento por iniciativa da empresa/gestor municipal ▪ Horário ou turno de trabalho ▪ Incentivos de longo prazo ▪ Oportunidade de carreira ▪ Sistema de Remuneração ▪ Tipos de benefícios oferecidos ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuições dos empregados ▪ Nível de complexidade da função ▪ Sistema de Remuneração ▪ Tipos de benefícios oferecidos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitação ▪ Educação continuada ▪ Incentivo à formação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque em qualidade
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade instalada para atendimento – recursos e equipamentos ▪ Condições de trabalho ▪ Conteúdo e atribuições da função ▪ Influência da Legislação específica ▪ Jornada de trabalho ▪ Sistema de Remuneração ▪ Situação Trabalhista ▪ Tipos de benefícios oferecidos ▪ Modalidades de contratação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade instalada para atendimento – recursos e equipamentos ▪ Condições de trabalho ▪ Horário ou turno de trabalho ▪ Oportunidade de carreira ▪ Sistema de Remuneração ▪ Tipos de benefícios oferecidos ▪ Educação continuada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de Remuneração ▪ Tipos de benefícios oferecidos ▪ Serviços oferecidos aos empregados ▪ Recursos financeiros disponíveis ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educação continuada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absenteísmo ▪ Sistema de avaliação de desempenho ▪ Modalidade de contratação

Fonte: a partir dos trabalhos realizados pela equipe

Variáveis Contingenciais:

Além dos aspectos relativos aos profissionais e à gestão na Saúde da Família, alguns fatores contextuais permeiam este debate. Embora parte deles possa estar fora do domínio direto da gestão de recursos humanos, entende-se que o conhecimento destes elementos é essencial para o completo entendimento do quadro atual e dos desafios que se colocam para formulação de políticas capazes de equacionar os problemas evidenciados.

Do ponto de vista dos profissionais, destaca-se a estrutura existente nos municípios como importante elemento interveniente na fixação dos profissionais. A questão da estrutura se faz presente do ponto de vista das condições oferecidas ao profissional em termos de rede pública de saúde, destacando-se a dificuldade para encaminhamento para média e alta complexidade. Soma-se a isso o agravante de que, nos municípios de menor porte, o próprio acesso até uma unidade que atenda média e alta complexidade pode ser extremamente dificultado devido à distância e infraestrutura de estradas.

- Em municípios muito pequenos, o que não fixa é a falta de suporte para atendimento
- Melhorar a rede de apoio para conseguir maior resolutividade do trabalho. De forma geral, este problema é apontado pelos profissionais como um grande entrave do PSF e o que gera muita insatisfação entre os profissionais por não conseguirem dar continuidade ao trabalho.
- Esse profissional, além de ter todos esses problemas que eu

tenho certeza que ele vive, igual nós vivemos, ele ainda fica com problemas que, às vezes, ele não tem a menor condição de resolver porque não tem suporte, ele não tem suporte nenhum, de estrutura mesmo, remédio, não tem condição nenhuma. E não consegue encaminhar esse paciente pra onde esse paciente deveria estar se tratando.

Por outro lado, a estrutura do município também interfere nas condições de vida que o profissional encontra para se estabelecer com a família.

- Cidade grande, porque tem um melhor conforto e, às vezes, a remuneração não é nem igual ao do interior, mas o sonho dele é trabalhar em cidade grande.
- Tem uma condição aí de qualidade, de comércio, de uma vida boa para você poder se atualizar, de educação dos filhos, tudo isto, a gente pensa nisto.

Esta dificuldade é enxergada também pelos gestores, notadamente aqueles de pequenos municípios. Eles percebem que esta é uma dificuldade adicional para atrair os profissionais.

- Se ele tiver família já é complicado, não tem uma escola boa pra estudar, não tem lugar pra mulher dele, que gosta de um shopping, cinema. Então, as pessoas não enxergam isso, eles não conseguem: "Ah, que isso, ganha bem demais, quem não quer vir pra cá?". Se não acho ninguém, é porque ninguém quer ir.

Outro fator crucial do contexto que afeta sobremaneira a gestão de recursos

humanos na Saúde da Família diz respeito às características do mercado de trabalho para os profissionais das equipes no que se refere à oferta de vagas e remuneração. Na perspectiva dos profissionais médicos, a ESF destaca-se como um campo de atuação em expansão no qual é observado grande número de postos de trabalho não ocupados. Configura-se, assim, como uma “porta de entrada” para os profissionais recém-formados.

- Eu acredito que seja uma porta de entrada mais fácil do que qualquer outro, até mesmo de um hospital... é uma entrada mais fácil.

Na categoria de enfermagem, no entanto, há um reconhecimento de que a disponibilidade de vagas de emprego tem sido restrita, o que leva a uma perspectiva diferente da apresentada pelos médicos

- Mas a realidade é que o mercado de trabalho está ficando saturado. Está abrindo cada vez mais escolas. Isso impede que os profissionais possam escolher o local de trabalho, como ocorria há cinco anos atrás, quando havia muitas oportunidades de emprego.

Do ponto de vista dos gestores, a preocupação está ligada à tentativa de equacionar a demanda de profissionais de saúde que o município apresenta frente à configuração de oferta e demanda de profissionais para as diferentes categorias no mercado de trabalho. Ressaltam, neste sentido, as diferenças entre médicos e demais profissionais no que se refere à atração e retenção, bem como níveis de remuneração praticados para manter os profissionais nas equipes.

Para os médicos, destacam a dificuldade em manter os profissionais trabalhando

por um período de tempo maior, bem como a necessidade de manter níveis elevados de remuneração como uma estratégia para atrair estes profissionais, o que pode ser ilustrado pelos trechos a seguir.

- Ele vai lá pra mim e é 6 meses, no máximo, um médico lá comigo no PSF. [...] Eu tô lá vai inteirar 4 anos, e eu não tive um médico de 1 ano lá do PSF. E não tem. É a maior dificuldade pra achar outro.
- Tá conseguindo médico só pra dar um “trampolim”. E a gente fica no mercantilismo, você oferece mais, município oferece mais e eles pegam e vão. Se nós oferecermos mais ele vai.

Compondo o cenário sócio-político, deve-se mencionar, ainda, a influência de questões político-partidárias em alguns dos problemas observados. Os ciclos políticos implicam, muitas vezes, no desligamento e recontrações dos profissionais, o que gera, além de gastos para o município, prejuízo na continuidade da atenção à saúde. Para os profissionais, tanto médicos como enfermeiros, este fator é uma forte desvantagem do trabalho na ESF, que está relacionado também à forma de contratação dos profissionais, a qual permite que o gestor tenha autonomia para este tipo de mudança.

- Agora, na cidade pequena vai demorar 100 anos porque aí vem à política, e ela é muito mais forte que tudo. Do que tudo. Na mesma hora que eu tô lá até hoje, 31 de dezembro, se entrar outro Prefeito lá, eu já saio automaticamente.
- Na faculdade vai formar aqui mais trinta enfermeiros. Esses trinta

vão começar a trabalhar, então o prefeito vai ter que colocar esses trinta em algum lugar. Porque tem trinta famílias que estão lá pedindo para ele. Então ele também vai ganhar voto com isso.

- Mas lá o que acontece é o seguinte: é a política. Todo mundo fica morrendo de medo porque a gente é contratado. Igual, nosso contato vence agora em dezembro, então, fica todo mundo desesperado. Então, a rotatividade que acontece

lá no meu município é por conta da política.

- A gente já sabe: têm três candidatos, dois vão continuar com as equipes e um não. Então, assim, se esse “um” continuar... Cidade pequena é um horror a política, sabe?

Na perspectiva dos gestores, no entanto, conforme citado anteriormente, o contrato administrativo é a forma de contratação mais adequada para permitir uma gestão voltada para os resultados.

QUADRO 4 - Variáveis contingenciais

	Atração	Retenção	Compensação	Capacitação	Avaliação	
Contingenciais	Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infra-estrutura da cidade ▪ Fatores ambientais de incerteza (economia, política, tecnologia) ▪ Estabilidade no emprego ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Local de moradia atual ▪ Local de trabalho (município, unidade) ▪ Nível de emprego/desemprego ▪ Salário (valor e equidade) ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salário (valor e equidade) ▪ Mercado de trabalho ▪ Custo de vida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferta de cursos (quantidade e qualidade) ▪ Instituições locais (pública ou privada) ▪ Acesso à educação continuada ▪ Participação de treinamentos (quantos e quais) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influência política ou social
	Gestores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composição da força de trabalho disponível no mercado ▪ Local de trabalho (município, unidade) ▪ Infra-estrutura da cidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composição da força de trabalho disponível no mercado ▪ Local de trabalho (município, unidade) ▪ Nível de emprego/desemprego ▪ Salário (valor e equidade) ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Custos trabalhistas ▪ Salário (valor e equidade) ▪ Oferta e demanda de mão de obra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acesso à Educação Continuada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influência política ou social

Fonte: a partir dos trabalhos realizados pela equipe

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grupos de foco realizados levantaram muitas variáveis acerca do trabalho na Saúde da Família, gerando um amplo quadro de informações sobre as limitações vivenciadas e as possibilidades de superá-las, a fim de alcançar um resultado mais efetivo nas ações primárias de saúde. O grande diferencial da metodologia utilizada foi entender as dimensões de saúde e gestão, na tentativa de encontrar um denominador comum satisfatório, além da importância da contraposição entre a percepção dos diferentes atores envolvidos, ampliando sobremaneira a análise das possibilidades.

Sobre os aspectos individuais, ficou evidente que gestores e profissionais concordam unicamente com a necessidade de formação como forma de preparar o profissional para o trabalho, ao mesmo tempo em que retira o mesmo do isolacionismo. Os outros pontos apresentaram grande divergência, evidenciando um embate entre quem planeja o trabalho e quem o executa, deixando as soluções dos problemas mais difíceis e elaboradas.

A necessidade de se pensar em estratégias para superar os desafios inerentes à Saúde da Família, no que tange ao escopo das ações organizacionais, mantém relação com a própria efetivação de um sistema de saúde universal. A temática referente às modalidades contratuais traz implicações para o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família como um todo, uma vez que interfere no processo de trabalho dos profissionais e nas práticas de gestão desenvolvidas pelos gestores. As restrições impostas por um quadro legal que restringe os gastos com pessoal e

as possibilidades de problematização de carreiras para os profissionais de saúde surgem como entraves para a efetiva gestão pautada por resultados.

Sobre as questões contingenciais, em síntese, observa-se convergência na percepção de gestores e profissionais, no que diz respeito às desvantagens de um município pequeno e, ou, com pouca infraestrutura na capacidade de atrair um profissional médico. No entanto, enquanto a configuração do mercado de trabalho acaba por beneficiar os médicos pela maior oferta de oportunidades de emprego, bem como a opção pela atuação de forma autônoma, para os gestores, este contexto é extremamente desfavorável, pois dificulta a gestão desta categoria. Ao contrário do que acontece com os demais profissionais da saúde, há maior dificuldade para se pensar sobre atração, fixação e remuneração destes profissionais.

A divergência de posições também é observada quanto à forma de contratação frente à estabilidade do profissional. Neste caso, a gestão demanda maior autonomia para gerenciamento dos profissionais e, por isso, instrumentos de contratação mais flexíveis, enquanto os profissionais observam a forte influência que as mudanças políticas podem acarretar no serviço de saúde, o que causa insegurança e descontentamento.

Um aspecto central nesta discussão passa a ser, portanto, o papel dos gestores e profissionais de RH imbuídos desta possibilidade de transformação da realidade de maneira a suplantarem as dificuldades tão bem caracterizadas num contexto marcado pela complexidade. Chama a atenção, como não poderia

deixar de ser, que as evidências sobre a gestão de RH em saúde mostram o predomínio de atividades de caráter mais burocrático, bastante afeitas à visão mais tradicional e à própria evolução da função RH nas organizações. Há uma significativa carência de práticas de RH que se voltem para uma atuação pautada por resultados.

Sendo assim, de um lado e outro, as lacunas históricas da gestão de recursos humanos são facilmente visualizadas na saúde. O que, no entanto, traz a inquietação no âmbito da pesquisa de recursos humanos em saúde é a pouca utilização daquilo que o campo da Administração já sistematizou sobre gestão de recursos humanos numa perspectiva mais contemporânea, e que sinaliza dimensões para a prática de RH, que tem alcance muito além dos aspectos tradicionais já tão amplamente desgastados no contexto atual. A negligência pelo campo da gestão de RH no campo da saúde chama a atenção em função de sua incoerência com o modelo de funcionamento de serviços de saúde, pautado essencialmente pela utilização de mão-de-obra intensiva.

Em relação aos profissionais de RH, Ulrich (2000) destaca a necessidade de que sua formação atenda a necessidade de uma visão sistêmica do negócio organizacional e sua inserção na dimensão estratégica de gestão. Para tanto, torna-se necessário, inclusive, remodelar a própria formação destes profissionais que, historicamente, não privilegiou estes aspectos, mas uma visão baseada em

processos específicos e descolados do todo organizacional. No campo da saúde, esta realidade é ainda mais grave.

Enfim, faz-se necessário resgatar os princípios da gestão de recursos humanos que ainda são pouco utilizados pela área da saúde, principalmente no que diz respeito à visão sistêmica das diferentes ações desenvolvidas e à modernização de ferramentas, de forma a possibilitar a inclusão definitiva da gestão de recursos humanos na agenda de formulação de políticas públicas em saúde em seus aspectos políticos, administrativos, técnicos e sociais (PIERANTONI, 2001). Considerando este contexto, vale ressaltar que a própria implementação do SUS demanda qualificação tanto para os gestores das diferentes esferas de governo, como também para os profissionais que atuam na área fim.

Portanto, a sistematização de variáveis e indicadores, que foi apresentada neste trabalho, longe de ser definitiva, torna-se um balizador importante para situar desdobramentos no campo metodológico e para reforçar a idéia emergente que a gestão de recursos humanos é dinâmica e fortemente pautada pelo contexto no qual ela ocorre (BARBOSA, 2005; FISCHER, 1998). Isso fica muito evidente quando se percebe, na composição do quadro, a repetição de diferentes indicadores nos diversos subsistemas, o que reforça a natureza cíclica e sistêmica da gestão de recursos humanos. Esta apropriação deve acontecer, em escalas cada vez maiores, no âmbito da gestão de recursos humanos em saúde. ➤

NOTAS

1 As condições agudas caracterizam-se por: a duração da condição é limitada; a manifestação é abrupta; a causa é usualmente simples; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente precisos; as intervenções tecnológicas são usualmente efetivas; e o resultado das intervenções leva normalmente à cura.

2 As condições crônicas caracterizam-se por: o início da manifestação é usualmente gradual; a duração da doença é longa ou indefinida; as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; o resultado

não é a cura, mas o cuidado; as incertezas são muito presentes; e o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar.

3 Neste artigo os termos Administração de Recursos Humanos (ARH) e Gestão de Recursos Humanos (GRH) estão sendo tratados com sentidos semelhantes.

4 A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é também designada como Programa de Saúde da Família (PSF), termo utilizado quando da criação do modelo. Na medida em que este modelo de atenção à saúde se consolidou, a denominação foi alterada a fim de retirar do termo o caráter de programa temporário.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. Relações de trabalho e recursos humanos em busca de identidade. Revista de Administração de Empresa (RAE), [S. l.], v. 2005. Edição Especial Minas Gerais.

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; RODRIGUES, Júnia Marçal (Org.). 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais. OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria 648 de 5 de dezembro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006.

DAL POZ, Mário Roberto; STILWELL, Bárbara; MERCER, Hugo; ADAMS, Orvill. Agenda

das Organizações Internacionais para o Desenvolvimento de RH em Saúde: Novos Problemas e Soluções. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D'Ávila (Org.). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP/NEPP, 2002. p. 323-342.

FISCHER, André Luiz. A constituição do modelo competitivo de gestão de pessoas no Brasil – um estudo sobre as empresas consideradas exemplares. 1998. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) - Faculdade de Economia Administração e Contabilidade da Universidade de São, São Paulo, 1998.

FISCHER, Rosa Maria. Pondo os pingos nos is" sobre as relações de trabalho e políticas de administração de recursos

humanos. In: FISCHER, R. M. *et al.* Processo e relações de trabalho no Brasil. São Paulo: Atlas, 1987.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M. Focus group: instrumentalizando o seu planejamento. In: SILVA, ANIELSON Barbosa de; GODOY, Christiane; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2006.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Perfil de Minas Gerais 2006 - Guide to the Economy of Minas Gerais/ Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração. 10. ed. Belo Horizonte : CBMM, 2007. 352p.

MACHADO, M. H. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de Pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996

MENDES, E. V. *As evidências internacionais sobre a Atenção Primária à Saúde e a estratégia de implantação do Saúde em Casa em Minas Gerais: o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - Comitê de assuntos estratégicos, nota técnica 01/2007, abr. 2007.

MENESES E ROCHA, A. A. R.; TRAD, L. A. B. *A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, [S. l.], v. 9, n. 17, p. 303-16, mar./ago. 2005.

MORGAN, D.L. *The focus group guidebook*. Thousand Oaks: Sage, 1997.

PIERANTONI, C. R. *As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades*. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Cristina; FRANÇA, Tânia. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática*. In: BARROS, A. F. R. (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PUSTAI, Oldaci José. *O Sistema de Saúde no Brasil*. In: DUNCAN, Bruce Bartholow; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. (Org.). *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em*

Evidências. 3. ed. Porto Alegre : Artmed, 2004. p. 69-75.

SEIXAS, P.H. *Médicos em saúde da família na cidade de São Paulo*. 2006. Disponível em: <http://www.observarhsp.org.br/projetos/textos/1rota_cargos_ses.html>. Acesso em: 12 mar. 2008.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

ULRICH, Dave. *Os campeões de recursos humanos: inovando para obter os melhores resultados*. 6. ed. São Paulo: Futura, 2001.

VERGARA, S. C. *Métodos de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas, 2005.