

# **Redes de atenção à saúde: um estudo sobre a gestão de recursos humanos em hospitais de pequeno porte brasileiros**

Lucas Gomes Costa de Paula<sup>1</sup>; Allan Claudius Queiroz Barbosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gestor Hospitalar - Hospital das Clínicas/UFMG-EBSERH

<sup>2</sup>Prof. Titular – FACE/UFMG

## **Resumo**

Este trabalho investigou a relação entre a adoção de práticas de recursos humanos (RH) nos Hospitais de Pequeno Porte do SUS e sua inserção em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Como método de investigação, estabeleceu-se um recorte das variáveis de inserção nas RAS e de RH do Estudo dos HPPs desenvolvidos por Facchini e Barbosa (2014), permitindo estimar modelos de regressão *logit* para medir a relação entre essas duas categorias a partir das razões de chance. Os resultados apontaram que o desenvolvimento de práticas de recursos humanos estimulou a inserção dos HPPs nas redes temáticas de atenção à saúde.

**Palavras-Chave:** Administração hospitalar; recursos humanos, atenção à saúde, hospitais.

**Área Temática:** Políticas Públicas e Planejamento Regional Urbano

## 1. Introdução

A crise contemporânea que acomete alguns dos mais importantes sistemas de saúde do mundo, vêm constatando como uma de suas explicações a desarticulação dos seus serviços ali existentes, reflexo de um desencontro entre a situação epidemiológica dominada por doenças crônicas e uma resposta social ineficaz, que não garante a continuidade dos processos assistenciais<sup>1,2</sup>. O diagnóstico de ineficiência desses sistemas, caracterizado pela descontinuidade do cuidado ao paciente, tem entre suas origens a fragmentação da atenção à saúde e a posição que o hospital ocupa na produção do cuidado, tornando-se fundamental articular propostas que alcancem resultados significativos para os sistemas de saúde<sup>3</sup>.

No contexto brasileiro, a proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Redes de Atenção tem sido defendida devido aos ganhos de qualidade e eficiência para o SUS, buscando romper o paradigma hospitalocêntrico centrado no cuidado do médico, para um modelo alternativo, que tenha a família e a comunidade como eixo norteador da assistência à saúde<sup>2,3,4</sup>. Ganhos econômicos de escala e escopo devem nortear a política de regionalização dos serviços de saúde no SUS à medida que os recursos se apresentam escassos e a população usuária encontra dificuldade da continuidade de seu cuidado.

Não obstante, a opção por um sistema público e universal, organizado de forma regionalizada tem gerado concomitantemente um duplo desafio para o sistema: ofertar um conjunto de serviços a grupos majoritariamente desassistidos, sob o prisma da focalização de programas, como é observado na APS via Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, paralelamente, implantar as redes de atenção à saúde que, de fato, possam dar conta das necessidades de saúde da população<sup>5</sup>.

Da mesma forma, posição semelhante ocupam também os serviços de média e alta complexidade. Tendo como amparo legal o princípio da integralidade, a assistência à saúde ao usuário do SUS também é prevista nos níveis de atenção em que o acesso se justifica pela necessidade de utilização de serviços mais densos tecnologicamente, não ofertados na atenção básica. E, mesmo que a APS seja o eixo orientador do sistema e porta de entrada (preferencialmente) do usuário, por vezes, os procedimentos demandados por eles exigem um maior grau de especialização e uso de tecnologias mais avançadas, na maioria das vezes, dispostas apenas nos hospitais.

Os hospitais, considerados o centro do sistema de saúde no Brasil, contam atualmente com 7.400 unidades com cerca de 741 mil leitos, numa média de 20 milhões de internações anuais. Nota-se que são responsáveis por dois terços dos gastos do setor saúde assim como também boa parte dos serviços produzidos, em que aproximadamente 60% desse gasto é financiado com dinheiro público<sup>6</sup>. Um dos debates recorrentes no setor hospitalar está relacionado aos altos custos de seus serviços. Segundo La Forgia e Couttolenc<sup>7</sup>, embora o elevado crescimento dos hospitais no País, em torno de 40% desde a década de 1970 (sendo a maioria concentrados no setor público), boa parte deles tem se mostrado ineficientes para o sistema. A constatação de que 60% desses hospitais são de pequeno porte (abaixo de 50 leitos) gera ainda mais preocupações por principalmente não alcançarem ganhos de escala em seus processos, muito devido ao baixo volume de produção de suas atividades<sup>4,7</sup>. Outro fator observado é que muitas das internações ocorridas nos hospitais poderiam ser evitadas caso houvesse uma atenção básica mais atuante na região<sup>8,9</sup>. Fato é que a ineficiência e elevação dos custos nos sistemas de saúde, está em sua maioria associada, à pequena escala de operações dos hospitais, à própria

distribuição da infraestrutura, à variação existente na prática médica, à ênfase dada à atenção hospitalar, além da falta de informação sobre os custos<sup>6</sup>.

Em meio a todo esse processo de transformações, o debate sobre recursos humanos vem assumindo lugar relevante na gestão do SUS, visto que o sucesso das políticas de saúde é dependente de como seu processo de desenvolvimento e implementação será conduzido<sup>10</sup>. Os recursos humanos no setor saúde constituem a base para viabilização e implementação de projetos, ações e serviços de saúde prestados à população e o insucesso dessas políticas se dá precisamente na insuficiente consideração dada às questões de recursos humanos em saúde (RHS). A preocupação da gestão de RH para o desenvolvimento do SUS segundo Campos<sup>11</sup> é relevante pelo fato de que o trabalho em saúde não se estrutura apenas pelo conhecimento técnico, mas por um contexto singular, que envolve as especificidades dos sujeitos, a incorporação de valores, de significados e de condições históricas, sociais e culturais.

No tocante aos dilemas existentes da gestão de recursos humanos em saúde, pode se dizer que estão relacionados a especificidade do profissional e do trabalho em saúde, que acabam por contemplar problemas eternos de ausência de plano de cargos e carreiras, de questões salariais também não resolvidas e, finalmente, pelas dificuldades em se estabelecer uma relação saudável entre a burocracia, o profissional e o usuário<sup>12</sup>. Atualmente a administração dos recursos humanos vêm enfrentando desafios, relativos, tanto a aspectos quantitativos de fixação e distribuição de profissionais, quanto qualitativos referentes à formação do profissional<sup>13</sup>.

Autores como Pierantoni, Varella e França (2004) corroboram ao ressaltarem os principais desafios para os recursos humanos na área da saúde, nas quais resumem a cobertura e fixação das equipes multiprofissionais, competências, habilidades e desempenho das equipes e capacidade de gerenciamento de RH para saúde<sup>14</sup>. Sob as vistas de uma análise histórica do processo de formação do trabalho em saúde, alguns autores se mostram enfáticos quanto aos problemas da gestão de recursos humanos em saúde que, segundo eles, não são recentes e nem resultam apenas das determinações intrínsecas ao setor, mas sim, têm raízes na estrutura socioeconômica e política do país, em que a adoção de políticas setoriais privilegiaram a dicotomia histórica entre ações curativas individuais e coletivas de saúde pública, prevalecendo a discriminação da oferta de serviços à população em função da sua importância relativa para o setor econômico, assim como a progressiva simplificação de procedimentos nos serviços básicos de saúde ou até mesmo a diminuição percentual progressiva dos recursos financeiros para o setor propriamente dito<sup>15</sup>.

Não surpreendente é a constatação de que as políticas de recursos humanos permanecem ainda subsidiárias de outras políticas setoriais, mantendo-se fragmentadas no próprio setor, além de retardatárias em seus efeitos e proposições, sendo paulatinamente ainda mais difícil direcionar os trabalhadores no alcance dos objetivos da saúde<sup>16</sup>.

Do ponto de vista das Redes de Atenção Saúde, a formação de recursos humanos no SUS é ponto-chave no contexto de estruturação das redes, visando à consolidação de um sistema de saúde integrado que forneça o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes<sup>17,18</sup>. Essa precaução, que já tinha sido levantada nas propostas do relatório final da I CNRHS, defende a formação dos RHS em conformidade com os novos modelos assistências a serem coletivamente construídos tomando como base a epidemiologia e as ciências sociais<sup>19</sup>.

Nessas evidências, os hospitais que concentram boa parte dos trabalhadores da saúde, se destacam como uma organização cujos processos caracterizam pela intensiva força de trabalho, sob a forte influência da gestão de recursos humanos para seu desempenho<sup>20</sup>. O próprio entendimento das Redes de Atenção à Saúde enquanto - *organizações dispostas por conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população* - pressupõe uma certa dependência dos atores sociais, gestores, trabalhadores e usuários para sua consolidação e consequentemente sucesso<sup>4</sup>.

Desta forma, pode-se projetar que as políticas para seu gerenciamento somente serão efetivas, à medida que se implemente uma gestão mais profissional e estratégica de recursos humanos que possa imprimir em maiores possibilidades de alcance dos resultados esperados, tais como articulação dos serviços nas redes de atenção à saúde.

À luz dessa perspectiva, este estudo tem como objetivo investigar a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte brasileiros (HPPs) em redes temáticas de atenção, sob a ótica da gestão de recursos humanos (RH).

## Processos Metodológicos

### Métodos

Esta pesquisa, adotou como estratégia metodológica a análise de dados obtidos a partir do estudo censitário realizado por Facchini e Barbosa<sup>21</sup> em todos os hospitais de pequeno porte brasileiros. Denominado Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Especialização, foi coordenado pela Universidade Federal de Minas Gerais via Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e financiado pelo Ministério da Saúde. As variáveis investigadas no estudo levaram em consideram o estudo desenvolvido por Veillard et al<sup>22</sup> e acabaram por contemplar dimensões de infraestrutura, assistencial, recursos humanos, financiamento, qualidade e segurança do paciente, responsabilidade na rede de atenção à Saúde Loco-Regional e o desempenho.

Para investigar a associação entre recursos humanos e inserção dos hospitais nas Redes Temáticas, foram relacionadas as variáveis de Redes de Atenção à Saúde (dependentes), que indicavam se os HPPs estavam inseridos nas Redes Temáticas, e as variáveis de Recursos Humanos (independentes), na qual buscando identificar se os HPPs tinham adotadas ações/práticas de RH.

**Tabela 1. Variáveis do Modelo**

VARIÁVEIS DEPENDENTES	VARIÁVEIS INDEPENDENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O hospital está inserido na Rede Cegonha</li> <li>• O hospital está inserido na Rede de Urgência e Emergência</li> <li>• O hospital está inserido na Rede de Atenção Psicossocial</li> <li>• O hospital está inserido na rede atenção a pessoas com doenças crônicas?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O hospital desenvolve ações de treinamento e desenvolvimento?</li> <li>• O hospital desenvolve ações de avaliação de desempenho?</li> <li>• O hospital registra indicadores de gestão de recursos humanos?</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• O hospital está inserido na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O hospital tem adotado algum mecanismo/dispositivo de gestão participativa?</li> <li>• O hospital tem adotado algum mecanismo/dispositivo de valorização do trabalhador?</li> <li>• O hospital tem adotado algum mecanismo/dispositivo de gestão de risco e/ou saúde do trabalhador?</li> <li>• O hospital oferta vagas para programas de residência médica?</li> <li>• O hospital oferta vagas para estágios de graduação de cursos superiores e/ou cursos técnicos ou de nível médio?</li> <li>• O hospital tem projetos de educação permanente?</li> <li>• O hospital participa de projetos de pesquisa?</li> </ul>
--	---

Fonte: Elaborado pelo autor

Para a interpretação dos dados, utilizou-se o programa estatístico STATA, na qual foram feitas análises descritivas das variáveis assim como estimados modelos de regressão logística, ou *logit*. A interpretação dos resultados dos modelos de regressão logística ocorre de forma direta: para variáveis explicativas (independentes) modeladas como variável binária (*dummy*), se a razão de chance for maior do que 1, indica que o indivíduo (hospital) que tem determinado atributo (práticas de RH) tem uma chance  $(\beta-1)\%$  maior de estar inserido em RTs do que aquele que não dispõe desses atributos (se utiliza dessas práticas, ações ou estratégicas de RH). Por outro lado, se a razão de chance  $(\beta)$  for menor que 1, diz-se que uma variação de uma unidade na variável explicativa se reduz em  $(1-\beta)\%$  a chance ocorrência desse atributo<sup>23</sup>.

Os resultados apresentados, indicam num primeiro momento uma análise descritiva dessas variáveis seguida dos modelos estimados de razões de chance tanto individualmente quanto pelo agrupamento das variáveis de RH em 4 categorias: nenhuma ou 1, 2 a 4, 5 a 7, 8 ou mais. Tomou-se como escolha por agrupar os hospitais que adotavam uma pratica aos que não adotavam nenhuma pois não seria ideal considerar o hospital que adota apenas uma prática como sendo uma política de gestão de pessoas interna do hospital, além do mais exclui a possibilidade de incluir os hospitais que apenas ofertam vagas de estágio.

## Resultados

Após levantamento do total de hospitais de pequeno porte registrados no CNES chegou-se ao número de 3.524 unidades cadastradas, sendo que desse total foi possível a coleta de dados em 2.777 HPPs, por meio do qual foram realizadas entrevistas com os representantes da alta direção. Ressalta-se que embora todos estivessem cadastrados como hospitais com até 50 leitos, em 8% deles foram encontrados mais de 50 leitos, o que teoricamente os descaracterizava como hospitais de pequeno porte, todavia foram mantidos em nosso estudo (Tabela 2).

**Tabela 2. Número dos HPP que participaram da pesquisa e por faixa de leitos**

Em relação a entrevista, resposta	n	%
Foi possível realizar a entrevista	2.777	78,8
Não foi possível - recusa em participar	373	10,6
Não foi possível - imóvel inexistente/não encontrado	37	1,1

Não foi possível - hospital fechado	151	4,3
Não foi possível - recusa por outros motivos	186	5,3
<b>Total</b>	<b>3524</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa de leitos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre 0 a 19 Leitos	833	30,0
Entre 20 e 29 Leitos	751	27,0
Entre 30 e 39 Leitos	617	22,2
Entre 40 e 49 Leitos	355	12,8
50 Leitos ou mais	221	8,0
<b>Total</b>	<b>2777</b>	<b>100,0</b>

Fonte - Elaborado pelo autor, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014.

Considerando os hospitais de pequeno porte investigados, observamos que aproximadamente metade deles se encontraram inseridos na rede de Urgência e Emergência, representando um percentual de 52%. As demais redes, incluindo a Rede de Atenção das Doenças Crônicas, possuíam baixa inserção nesses hospitais, não sendo aderidas nem por 1/5 desses hospitais (Tabela 3). Esse diagnóstico talvez seja um reflexo, tanto de uma certa insuficiência de resposta da atenção primária a saúde, que por vezes “obrigam” esses hospitais a atuarem de porta aberta, e assim receber mais recursos para se manterem em funcionamento, quanto pelo fato de que permanece evidente a dependência pelo modelo de atenção as condições agudas dominante-hegemônico no SUS. Sob um ponto de vista racional, é importante reforçar que não seria desejável que todos HPPs estivessem inseridos em todas redes temáticas, até porque se fosse assim o caráter de eficiência não estaria sendo levado em consideração, contudo, o baixo percentual dos hospitais inseridos nas demais redes é muito baixo para um sistema em que há prevalência de doenças crônicas cujos portadores apresentam as maiores utilizações dos serviços de saúde<sup>24,25</sup>.

**Tabela 3. Percentual dos HPPs inseridos em redes temáticas**

<b>Redes Temáticas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rede Cegonha	387	16,9
Rede de Urgência e Emergência	1.465	52,8
Rede de Atenção Psicossocial	299	10,8
Rede de Doenças Crônicas	414	14,9
Rede de Cuidado de Portadores de Necessidades Especiais	221	8,0

Fonte - Elaborado pelo autor, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Do ponto de vista das ações implementadas de recursos humanos pelos hospitais, percebe-se que no geral que os HPPs brasileiros adotam poucas práticas. Um a cada três hospitais desenvolviam Treinamento e Desenvolvimento (T&D). Esse número caía para um em cada quatro HPPs, no que diz respeito à Avaliação de Desempenho (AD) e, dentre os que tinham como ação registrar os indicadores de RH, o percentual era de apenas 15%. Ter instituído

programas de residência médica ou de atividades de ensino e pesquisa representou os menores percentuais de ocorrência. Iniciativas que incluíam a gestão participativa, valorização do trabalhador e gestão de risco ocupacional apresentaram resultados similares, sendo adotadas por um terço dos hospitais. Já os programas de estágio que incluíam estudantes de nível médio e de graduação estavam sendo desenvolvidos na metade desses hospitais (Tabela 4).

**Tabela 4. Percentual de cada umas práticas de RH adotadas nos HPP**

Variáveis de RH	n	%
Treinamento e desenvolvimento	885	32,75
Avaliação de desempenho	541	20,01
Indicadores de RH	444	16,51
Gestão participativa	1012	36,64
Valorização do trabalhador	1066	38,57
Gestão de riscos e saúde do trabalhador	992	35,86
Residência médica	130	4,68
Programas de estágio	1367	49,23
Educação permanente	807	29,06
Projetos de pesquisa	162	5,83

Fonte - Elaborado pelo autor, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Estimadas as regressões logísticas observou-se que hospitais que incentivaram ou adotavam mecanismos de gestão participativa e também promoviam intercâmbio de estágios (graduação para nível superior ou estágios de curso técnico ou de nível médio) apresentaram maiores chances de estarem inseridos em qualquer uma das redes temáticas. Especificamente dentre os hospitais que adotavam uma política de gestão participativa, tais como a inclusão do trabalhador na tomada de decisão, as chances de inserção nas redes temáticas aumentaram 39% para Rede Cegonha, 45% para Rede de UeE, 53% para Rede de Atenção Psicossocial, 54% para Rede de Doenças Crônicas e 73% para Rede De Portadores com Necessidades Especiais. Resultado semelhante ocorreu para a variável de adoção de mecanismo de qualidade para gestão de risco e saúde do trabalhador, significativa para todas as redes com exceção da Rede Cegonha. O indicador de *treinamento e desenvolvimento* bastante aplicado na gestão de pessoas de muitas organizações se apresentou significativo para as redes de UeE e Atenção as Doenças Crônicas. Quando o HPP adotava TeD suas chances aumentavam em 39% para inserção na Rede de UeE e 44% para Rede de Doenças Crônicas. Já para os hospitais que adotavam Avaliação de Desempenho as razões de chance foram estatisticamente significativo a 10% apenas para Rede de Atenção Psicossocial, onde se amentava as chances de estar inserido nessa rede de 37%. Por outro lado, as variáveis como avaliação de desempenho ou monitoramento de indicadores de RH não apresentaram relações significativas com a inserção nas redes temáticas.

Quando agregadas, fica mais evidentes o impacto dos componentes da gestão de recursos humanos para a inserção dos hospitais nas Redes Temáticas. As chances de estar inserido em qualquer uma das redes são maiores entre os HPPs que adotam entre 2 a 4, 5 a 7 e 8 ou mais práticas de RH quando comparados com aqueles que não adotam ou adotavam apenas uma. Na prática, os HPPs que adotavam 8, 9 ou 10 práticas de RH tinham 6 vezes mais chances de estar inseridos na Rede de Portadores de Necessidades Especiais e 8 vezes mais nas redes de Atenção

Psicossocial do que os hospitais que não adotavam ou adotavam apenas 1 prática. Nas mesmas condições, os HPPs que desenvolviam entre 5 e 7 ações apresentaram 156% de chances a mais de estar inseridos na Rede de Urgência e Emergência, 400% na Rede de Atenção Psicossocial e aproximadamente 300% de maiores chances na Rede de Doenças Crônicas. Destacam-se as elevadas razões de chance nas redes de atenção psicossocial, doenças crônicas e portadores de necessidades especiais que se mostraram, à primeira vista, mais sensíveis à adoção de práticas de RH o que, em tese, pode ser explicado pela própria característica dos cuidados que circunscrevem essas redes, intensivas em cuidados de longa duração e que necessitam de uma maior profissionalização da gestão de recursos humanos para facilitar a estruturação de diretrizes e das linhas de cuidado<sup>26</sup>.

**Tabela 5. Razões de chances de inserção em redes temáticas pelo grau de adoção de práticas de RH**

Práticas de RH adotadas	Redes Temáticas									
	Cegonha		Urgência e Emergência		Atenção Psicossocial		Doenças Crônicas		Cuidados Portadores de Nec. Esp.	
Treinamento e Desenvolvimento	1,06	NS	1,39	***	1,24	NS	1,44	***	1,09	NS
Avaliação de Desempenho	1,09	NS	1,02	NS	1,37	*	0,88	NS	0,82	NS
Indicadores de RH	0,54	***	0,98	NS	0,79	NS	0,93	NS	0,99	NS
Gestão Participativa	1,39	**	1,45	***	1,53	***	1,54	***	1,73	***
Valorização do Trabalhador	0,77	*	0,83	**	0,98	NS	0,92	NS	1,23	NS
Gestão de Riscos e Saúde do Trab.	1,18	NS	1,83	***	2,03	***	2,18	***	1,73	***
Residência Médica	1,1	NS	0,73	NS	0,81	NS	0,65	NS	1	NS
Programas de Estágio	2,01	***	1,65	***	2,19	***	1,38	***	1,58	***
Educação Permanente	1,16	NS	1,08	NS	1,56	***	1,4	***	1,67	***
Projetos de Pesquisa	1,08	NS	0,68	**	1,53	*	1,42	NS	1,13	NS
Variáveis de RH Agrupadas										
Nenhuma ou 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre 2 e 4	1,63	***	1,99	***	2,06	***	2,31	***	1,99	***
Entre 5 e 7	1,7	***	2,56	***	5,00	***	3,91	***	3,34	***
8 ou mais	1,22	NS	2,61	***	8,9	***	5,64	***	7,03	***

Nota - \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

## Discussão

A inserção dos hospitais em redes de atenção à saúde tem produzido, conforme evidenciado na literatura, resultados positivos nos sistemas de saúde, tendo como referência a ESF, porta de entrada e o primeiro nível de contato do usuário com o sistema<sup>1,4</sup>. Hoje vinculada não mais como programa mas como estratégia, deve particularmente atuar como eixo principal na estruturação das redes temáticas, funcionando como centro de comunicação do interior dessas redes<sup>3</sup>.



A instituição das Redes Temáticas representou a experiência inicial de implantação das redes de atenção à saúde no SUS. Foram constituídas pelo Ministério da Saúde num contexto em que se tomou a iniciativa política de trazer para o centro da política de atenção à saúde a implantação das redes. Apoiada sob o lema de acesso e qualidade, sua construção se articulou e compartilhou a prioridade política da gestão juntamente com o fortalecimento da Atenção Básica e de uma ampliação substancial do orçamento<sup>27</sup>. Após a discussão com estados e municípios, se priorizou a implantação de cinco Redes Temáticas: Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Pessoas com Doenças Crônicas, Atenção Psicossocial e Cuidados a Pessoas com Deficiência, escolhidas por razões de prioridades epidemiológicas e assistenciais<sup>27,28,29</sup>.

Ressalta-se que a proposta de adesão as redes temáticas é apenas uma das medidas de operacionalização das redes de atenção à saúde, mas que devido à complexidade de seus componentes, é sem dúvidas um dos componentes que mais necessitam de financiamento. E apesar de organizadas por meio das Portarias Nº 4. 279 e Nº 1.473<sup>21,22</sup> ainda se percebe uma certa dificuldade de estruturá-las conforme observado neste trabalho.

De um modo geral, os principais resultados apontaram que o desenvolvimento de práticas de RH nos HPPs, proporcionou maiores chances de inserção nas redes temáticas. Mesmo que as práticas de RH não tenham sido corriqueiras na maioria desses hospitais, aqueles que as desenvolviam elevaram suas possibilidades de estar inserido no componente da Rede Temática. Diante da natureza e complexidade do trabalho em saúde, cujas mudanças dependem da forma como são construídas as relações do trabalho, confirmou-se que o fator humano foi relevante para a consecução de todas cinco redes temáticas, embora, ao mesmo tempo, ações de RH mais reverenciadas como TeD e AeD, que pudessem desempenhar uma função de destaque nesse processo, não necessariamente proporcionaram uma associação significativa.

Em se tratando do desenvolvimento de estágios, variável que se mostrou associada a uma maior inserção às RTs, verifica-se sua capacidade de promover o intercâmbio de conhecimento que se mostra fundamental para possibilitar a vinculação dos HPPs às linhas de cuidado materno-infantil (Rede Cegonha), Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Doenças Crônicas, Portadores de Necessidades Especiais. A mesma lógica pode ser dita para a variável de Educação Permanente (EP) que, de acordo com Merhy<sup>30</sup> deve gerar no trabalhador durante seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, o poder de transformar sua prática produzindo capacidade de problematizar a si mesmo no agir. Pensar as construções das redes temáticas e todas suas nuances exige processos de cuidado em saúde resolutivos implicados sobretudo nas questões objetivas e subjetivas do modo de agir em saúde.

Confirmando esses achados, alguns estudos tem reafirmado cada vez mais que somente por meio da ação do trabalhador, este, agente responsável por mudanças, seria factível o alcance dos objetivos estabelecidos numa organização, inclusive naquelas de saúde onde há uma forte dependência das pessoas<sup>10,24</sup>. Dessa forma para a atingir maximização eficiente dos recursos humanos, os trabalhadores da saúde devem ser motivados, qualificados e apoiados de modo que sejam fortalecidas estratégias que possam resultar ganhos de eficiência para o sistema. Em nosso trabalho, conforme observado, os programas de gestão participativa e valorização do trabalhador foram essenciais para os hospitais apresentassem maiores chances de estar inseridos nas redes temática.

Por outro lado, ainda que o fator humano tenha contribuído na adesão dos HPPs nas redes temáticas, o baixo percentual de adesão as práticas de RH sugere que os hospitais, em sua maioria, ainda encontram dificuldades de considerar as particularidades setor saúde e o peso

que os processos de trabalho têm nesse espaço, tanto que o potencial em torno dos benefícios gerados com essas práticas poderia ser mais expressivos. A experiência das RAS vista a partir da ótica das redes temáticas e, como os próprios resultados apontaram, muito falta para alcançar a um modelo ideal. Somente a rede de UeE se mostrou presente nos hospitais em um nível satisfatório, fato este que comprova claramente a organização do sistema no regime das condições agudas. Esse cenário, decorrente também das agudizações das condições crônicas resulta numa assistência à saúde de forma fragmentada, episódica e reativa gera uma descontinuidade da atenção à saúde<sup>1,2</sup>. Para tanto, o desafio colocado para esse componente é ampliar a extensão das demais redes para dentro dos HPPs e demais pontos de atenção do SUS, referenciando-as para o cuidado integral a partir da atenção básica.

Fato é que a gestão de recursos humanos no campo da saúde desperta atenção e cuidado, pois trata-se, a rigor, de um setor de serviços com utilização intensiva de mão de obra especializada, cujo trabalho desempenhado pelas pessoas surge como principal fonte de sustentação de resultados<sup>10,31,32</sup>. Além do mais, exige o uso de diferentes habilidades e de uma boa motivação da sua força de trabalho para a prestação de serviços de saúde de forma eficaz, garantindo a interação pessoal e trabalho de equipe<sup>33</sup>. Não obstante, a noção de RHS deve ampliar para outros agentes que, mesmo não cuidando diretamente da saúde, produzem condições necessárias para a preservação de saúde da coletividade<sup>19</sup>. Soma-se a isso as circunstâncias que a fazem permanecer ainda subsidiárias de outras políticas setoriais, mantendo-se fragmentadas no próprio setor, além de retardatárias em seus efeitos e proposições, torna-se ainda mais difícil direcionar os trabalhadores no alcance dos objetivos da saúde<sup>16</sup>. Por isto talvez, conforme explicam Pierantoni, Varella e França os principais problemas da gestão permanecem sempre os mesmos, resumidos seja pela baixa cobertura e fixação das equipes multiprofissionais, passando pelo desenvolvimento de competências e habilidades, e por fim no desempenho das equipes e capacidade de gerenciamento de RH para saúde<sup>14</sup>.

Concluindo, o estudo em questão cumpriu-se com seu objetivo de analisar a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPPs) do Sistema Único de Saúde (SUS) em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob a ótica de Recursos Humanos (RH). Na tentativa de compreender qual sua contribuição para o desenvolvimento e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, foi também possível mapear como os hospitais do SUS, na sua grande maioria, de até 50 leitos, têm lidado com as questões relativas às práticas de RH e, principalmente, se tais ações têm sido geradas para alcance de melhores resultados assistências e financeiros. Os resultados apresentados possibilitaram projetar caminhos e uma agenda nos curto e longo prazos, envolvendo a implantação das RAS e a estruturação da gestão do trabalho no SUS. Além disso, por apresentar um relato de experiência concreto da gestão de recursos humanos na saúde, diferentemente de grande parte dos estudos que abordam essa temática, esse trabalho demonstrou na prática as contribuições da gestão de RH, e acima de tudo possibilitou a geração de evidências que confirmam a importância do *trabalho em saúde* e tudo aquilo que ele representa em termos de RH. Dentre as limitações encontradas, vale ressaltar, que por vezes os hospitais com um aporte maior de recursos (financeiros, humanos e físicos) teriam maior possibilidade de adotar práticas de RH, mas que, embora esta variável tenha sido controlada neste trabalho, não inviabiliza os achados encontrados, muito pelo contrário, contribui para reforçar o debate sobre viabilidade financeira de se manter hospitais de menor porte que não apresentam resolubilidade para o sistema como um todo.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup>Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
- <sup>2</sup>Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde coletiva*, n.16, v.3, p. 1671-1680. 2011. DOI: 10.1590 / S1413-81232011000300002
- <sup>3</sup>Cecilio LCO et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11 p. 2893-2902, 2012. DOI: 10.1590 / S1413-81232012001100006
- <sup>4</sup>Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. 2011.
- <sup>5</sup>CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade**. Brasília: CONASS, 2011.
- <sup>6</sup>La Forgia GM. e Couttolenc, BF. **Desempenho hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular. 2009.
- <sup>7</sup>Uga MAD, Lopez EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago, 2007.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400013>
- <sup>8</sup>Alfradique ME et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1.337-49, jun. 2009.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
- <sup>9</sup>Moura BLA. et al. **Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região**. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 1: S83-S91, nov. 2010.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500008>
- <sup>10</sup>Dussault G, Dubois C. Human resources for health policies: A critical component in health policies. **Human Resources for Health**. v.1, n. 1, 2003.
- <sup>11</sup>Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>
- <sup>12</sup>Dal Poz MR. As políticas e a gestão de recursos humanos em saúde: 1984 a 1995. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 19-49, 2001.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312001000200003>
- <sup>13</sup>Haddad AE, Morita MC, Pierantoni MC, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 44, n. 3. 2009.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>

<sup>14</sup>Pierantoni CR.; Varella TC, França, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. et al. (Orgs). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. 2, p. 51-70.

<sup>15</sup>Barros, SMPF; Silva, NF; Christofaro, MAC. Recursos humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS com ênfase na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 1, p.7-9, 1991.

<sup>16</sup>Almeida, PC et al. Trabalhadores de saúde: diagnóstico de Sobral e macrorregião. In: Santos, JBF (Org.). **Recursos Humanos em Saúde: diagnósticos e reflexões**. Fortaleza: Ed UECE-CETREDE, 2008

<sup>17</sup>Lavras, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

<sup>18</sup>Gonçalves, CR *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, jan./mar. 2014.

<sup>19</sup>Paim, JS. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 1994

<sup>20</sup>Rodrigues, JM. e Torres, HOG. Eficiência/desempenho hospitalar e resultados da gestão de recursos humanos – uma aproximação possível? **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v. 9, n. 24, p. 1128-1142. Setembro/Dezembro. 2015

<sup>21</sup>Facchini, LA, Barbosa ACQB (coord.). Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – diagnóstico, avaliação e espacialização. Belo Horizonte/Pelotas: UFPEL e Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, 2014. (relatório de pesquisa)

<sup>22</sup>Veillard, J. *et al.* A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH Project. **Internacional Journal for Quality in Health Care** v. 17, n.6, p. 487-96, 2006.

<sup>23</sup>Gujarati, DN, Porter M. **Econometria básica**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill. 2011.

<sup>24</sup>Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000200014>

<sup>25</sup>Malta DC et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, supl. 1:4s, 2017.  
<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>

<sup>26</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias. Brasília. 2014.

<sup>27</sup>Magalhães Jr., HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo a integralidade. **Revista Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.15-37. Out. 2014

<sup>28</sup>BRASIL. Portaria 4. 279 de 30 de dezembro de 2010. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 31 dez.

<sup>29</sup>BRASIL. Portaria 1.473, de 24 de junho de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União 2011; 27 jun.

<sup>30</sup>Merhy, EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Revista Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015>

<sup>31</sup>Barbosa, ACQ, Rocha, TH. Uso de indicadores de desempenho na gestão de recursos humanos em hospitais brasileiros: um debate teórico e aplicado. In: Damázio, LF, Gonçalves, CA. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012.

<sup>32</sup>Rodrigues, JM, Rodrigues, RB. A gestão de pessoas em serviços de saúde: realidade atual e perspectivas em hospitais brasileiros. In: Damázio, LF e Gonçalves, CA. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 221. 2012

<sup>33</sup>Dal Poz, MR, Barbara, S, Hugo, M, Orvill, A. Agenda das organizações internacionais para o desenvolvimento de RH em saúde: novos problemas e soluções. In: Negri, B.; Faria, R. Viana, AL (Orgs). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas, SP: Unicamp. 2002.

