

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: UM DESAFIO PARA O TERCEIRO MILÊNIO

Linda E. Suzuki*

Gastão W. S. Campos**

SUZUKI, E. L.; CAMPOS, G. W. S. Gestão de recursos humanos em saúde: um desafio para o terceiro milênio. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 2(1): 49-56, 1998.

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo comentar os aspectos relacionados ao mercado de trabalho, a formação de pessoal da saúde, bem como tecer comentários quanto aos desafios a enfrentar na gestão de recursos humanos principalmente relativos à sua alienação no enfrentamento dos problemas de saúde na busca da qualidade dos serviços prestados e na defesa da vida.

PALAVRAS-CHAVE: formação profissional; gestão; recursos humanos.

MANAGER OF HUMAN RESOURCES IN THE HEALTH: THE CHALLENGER TO THE THIRD MILENIUM

SUZUKI, E. L.; CAMPOS, G. W. S. Manager of human resources in the health: the challenger to the third milenium. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 2(1): 49-56, 1998.

ABSTRACT: The present article discusses some aspects of the job market and the formation of human resources, for health services the authors consider the need of discussion about alienation in the health services to produce efficiency, productivity and health quality in diverse institutional and social sectors.

KEY WORDS: human resources; job market; management.

Introdução

Quando se fala em saúde de uma forma geral, a população já tem uma visão estereotipada da saúde a que ela tem acesso, partindo de um fato já vivenciado ou presenciado ou notificado através da mídia.

Nas manchetes de jornais e noticiários de TV destacam: morte por falta de pronto atendimento, a tragédia de Caruaru; morte de bebês em berçário; morte de internos nos asilos; morte conseqüente a vacinação e são alguns dos exemplos que marcam a triste história da saúde no Brasil. Outra realidade é preciso ser dita, se o cidadão não estiver vinculado a um plano de saúde ou não tiver recursos financeiros para custear o pronto atendimento, o seu problema deve ser relegado para uma consulta dali a meses. Que tipo de saúde é essa?

Os esforços do Estado em proposta de

reforma sanitária no Brasil como reza a Constituição de 1988 “saúde como direito de todos e dever do Estado” e na implantação do Sistema Único de Saúde com suas diretrizes e princípios de universalidade, integralidade, equidade e resolução das ações e serviços de saúde, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal) tem-nos trazido muitas esperanças e expectativas de que o projeto é bom e tem tudo para dar certo. Mas por que, efetivamente, os resultados são tão lentos e os frutos são tão escassos? Não podemos negar a existência de alguns frutos, porém, não têm repercutido com o mesmo “ibope”. Morrem-se muito mais gente que na guerra, mas o impacto parece não ser tão grande. Por que é dada tanta importância para a morte? O

* Professora adjunta do Departamento de Análises Clínicas da Universidade Estadual de Maringá.

** Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Endereço para correspondência: Linda E. Suzuki. Universidade Estadual de Maringá - DAC. Av. Colombo, 5790. Maringá - PR, CEP: 87020-900.

processo de dominação seria tão intenso que nos fragiliza e nos infantiliza a ponto de nos tornarmos sempre vítimas?

Será que o projeto é realmente bom mas as pessoas que fazem parte dele é que não estão preparadas para num ímpeto de “vamos vestir a camisa” querer sinceramente fazer valer o direito do cidadão?

Será a estrutura velha que teima em resistir à derrubada ou a vontade de construir o novo é pequena demais sendo a temeridade do desconhecido maior?

Gostaríamos de fazer uma breve incursão pelos caminhos dos recursos humanos porque acreditamos que ao autor tudo pode.

Quando abordamos o tema recursos humanos de saúde, o enfoque pode ser feito sob vários aspectos. Parece-nos interessante discorrer sobre o conjunto de práticas e mercado de trabalho na produção de bens e serviços de saúde, e ainda conhecer a formação dos profissionais de saúde bem como os aspectos de gestão do processo de trabalho em saúde.

Desenvolvimento

Estrutura e característica do mercado de trabalho

Ao introduzirmos o homem no mercado de trabalho é interessante lembrar que o homem é o agente ou sujeito que dispõe energia no processo de transformação de um objeto a um produto ou finalidade. Produto este que tem valor de troca e/ou de uso.

Diante da ótica social, o trabalhador da área de saúde assume a característica de “força de trabalho”, que em relação à população economicamente ativa em 1991, no Brasil, correspondia a 2.500.000 trabalhadores ou seja 4%. Comparados aos EUA que foi de 7%; Canadá, 8% e Suécia, 11%, os índices no Brasil foram relativamente baixos. Seria a importância dada pelo nosso “modus operandi” ou “modus vivendi” que não prioriza a saúde?

Conforme GIRARDI (1991), na saúde existem três subgrupos de população economicamente ativa:

1. Indivíduos ocupados nas atividades do

setor (com ou sem formação ou preparação específica).

2. Indivíduos ocupados em outros setores mas com formação e preparação específica e socialmente legitimados para o exercício da atividade em saúde.

3. Indivíduos desocupados, com ou sem formação ou preparação específica em saúde que buscam ativamente, através de ações objetivas ocupar-se em atividades do setor.

No Brasil existem muitas fontes oficiais que informam sobre o quadro de recursos humanos, tais como: IBGE, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Receita Federal, Fiocruz, Conselhos Profissionais, dentre outros, porém salienta GIRARDI (1991), que na Assistência Médico Sanitária do IBGE excluem-se os estabelecimentos farmacêuticos e de propedêutica exploratória em saúde como os laboratórios clínico-patológicos; clínicas de radiodiagnóstico entre outros que por não terem uma “função precisa” na prestação de serviços de saúde, são considerados fora do setor. E ainda, existe incapacidade de dimensionar o segmento informal ou “subterrâneo” da economia da saúde, como exemplo as práticas religiosas não oficiais, cuja eficácia GIRARDI (1991) reconhece: os centros espíritas e os locais de macumba, pelo menos na regulação e controle da saúde mental comparados aos manicômios tradicionais; e ainda, à prática transgressora como é o aborto. Pouco se sabe da quantidade, estrutura de qualificação e esquema de proteção social da força de trabalho empregada e menos ainda da renda gerada neste “ramo” ou “especialidade” da economia da saúde.

Existe no Brasil uma disparidade quanto à distribuição do pessoal em relação à região geopolítica e social cuja força de trabalho se concentra nas regiões mais ricas e desenvolvidas do país e nas capitais. Por exemplo, conforme a Receita Federal (IRPF), em 1984 existiam 84,4% do total de nutricionistas e 74% do total de enfermeiros nas capitais.

A relação médico-habitantes, um dos indicadores considerados na caracterização

das condições de saúde de uma população apontava em 1991, o menor índice, 6,3 por 10.000 habitantes na região norte e 18,8, maior índice, na região sudeste, conforme o Conselho Federal de Medicina. Existiam ainda diferenças entre os estados de cada região. Por exemplo, Rio de Janeiro e Piauí apresentavam 31,5 e 5,5 médicos por 10.000 habitantes respectivamente.

MÉDICI (1993) faz um estudo detalhado sobre composição da dinâmica do mercado em saúde na década de 80, concluindo que o emprego público expandiu mais rapidamente que o emprego privado, passando de 44,8% para 48,3% do total de postos de trabalho absorvidos pelo setor. Mesmo assim, em 1987, relata que o setor privado ainda detinha a maioria dos postos de trabalho em saúde no Brasil. As categorias de nível médio foram as que mais cresceram, tanto no setor público quanto no privado, indicando uma formação técnica mais adequada para as atividades auxiliares. No setor público houve predomínio de profissionais de nível superior e médio (quase 50% do total de profissionais) enquanto que no setor privado foram mais significativas as categorias de nível elementar e pessoal administrativo (61,1%).

Em 1987, continua MÉDICI (1993), os médicos, dentre todas as categorias representavam os profissionais com maior atuação (68,6%) destes, 64,7% encontram-se em estabelecimentos públicos e 73,7% nos privados. Entre os profissionais de nível médio sobressaem-se os técnicos e auxiliares de enfermagem (66,8%). Entre os de nível elementar quase a totalidade era composta por atendentes (97,1%).

Outro contexto a ser discutido é a participação da mulher no emprego em saúde. Se em 1980 existia participação de 60% da população feminina na área de saúde, hoje existe em torno de 80%, que se apresenta comparativamente igual a Suécia em 1989. Na economia como um todo, a participação da mulher é de 33,4%. Porém, existe distribuição irregular entre as profissões de saúde pois 85% são de

enfermagem, incluindo enfermeiras, técnicas, auxiliares e assistentes de enfermagem. Nos empregos médicos, o trabalho feminino é de 27%. Apesar desta considerável participação feminina neste mercado de trabalho, as mulheres ocupam geralmente cargos especializados de menor prestígio e salário.

A área de saúde caracteriza-se por 62% de médicos e de pessoal auxiliar de enfermagem, refletindo conforme GIRARDI (1991), a política das décadas de 60 e 70 no Brasil, em que priorizava-se aspectos médico-assistenciais e curativos-hospitalares.

A Figura 1 demonstra a hegemonia e centralização dos médicos quando comparados a categoria profissional de nível superior na saúde.

São chamados profissionais da saúde de nível superior conforme Ministério da Educação aqueles que têm sua formação integral na área de conhecimento "Ciências da Saúde", os médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas e aqueles com atuação no setor saúde, porém formados em outra área de conhecimento, como por exemplo, o psicólogo e o assistente social (SILVA, 1993).

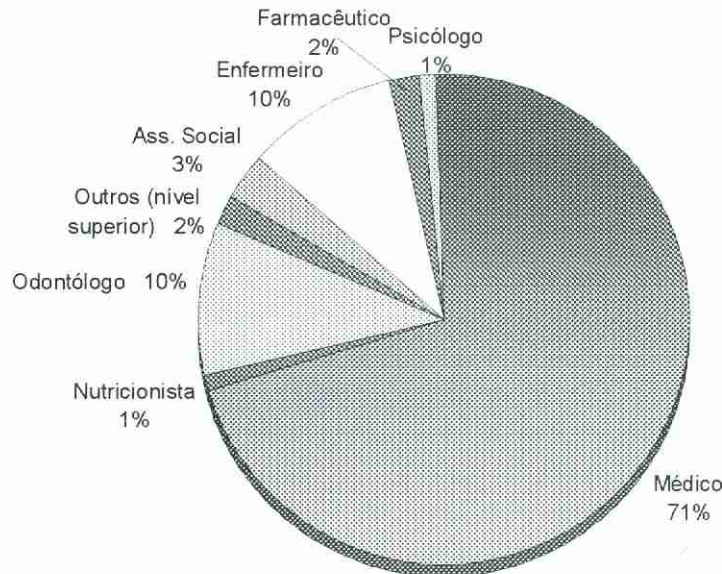
Conforme CORNETA *et al.* (1996), existem três espaços nos quais são discutidas as questões de recursos humanos:

1. Espaço dos serviços: onde o saber e o fazer se concretizam. Porém, neste espaço, a força do fazer vence a do pensar, prevalecendo a rotina técnico-burocrática da administração pessoal.
2. Espaço da academia: onde ocorre a legitimação dos profissionais através do processo de formação. Mas este, pouco tem contribuído para novos paradigmas à análise da força de trabalho em saúde e ao trabalhador enquanto sujeito histórico.
3. Espaço dos sindicatos e das entidades representativas que acumulam a luta pelos interesses corporativos e vêm influenciando na regulamentação do mercado de trabalho.

Continua CORNETA *et al.* (1996)

“mesmo reconhecendo os avanços e as limitações em cada um desses espaços, podemos afirmar que o movimento sanitário buscou capitalizar, junto às forças sociais mais progressistas, um conjunto de

propostas factíveis para a organização do setor saúde, ressaltando as questões relativas à área de recursos humanos como elemento essencial para responder de modo adequado aos problemas de saúde de uma população”.



Fonte: Silva, J. A. Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil. Ed. Med. Salud. 1993.

Figura 1 - Distribuição proporcional dos profissionais de nível superior na saúde, segundo a categoria.

Formação do pessoal de saúde:

Diante da importância de recursos humanos PIERANTONI & MACHADO, (1993) ressaltam dois pontos de reflexões neste campo:

- qual a competência do pessoal credenciado para o exercício profissional pelas nossas instituições de nível superior dentro das especificações necessárias para esse sistema de saúde?
- como é operada a inserção no mercado de trabalho dentro das determinações necessárias

ao processo de trabalho em saúde?

No Brasil tem-se 11.000 estudantes universitários para 1.000.000 de habitantes. Em Cuba e na França, a relação é de 24.000 estudantes.

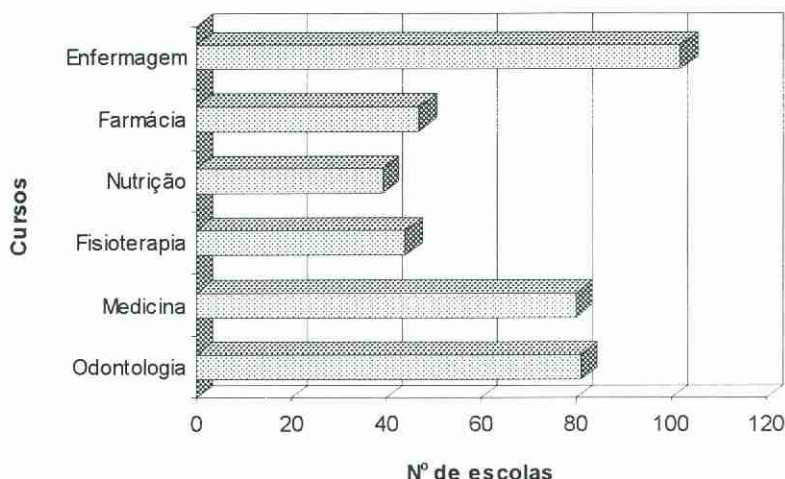
No Brasil em 1990, os cursos de medicina, odontologia, enfermagem, farmácia, nutrição e fisioterapia totalizavam 393 cursos na área de saúde, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do número de cursos da área de saúde segundo regiões geopolíticas, 1990.

Cursos	Região					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro - Oeste	Brasil
Medicina	03	13	44	16	04	80
Odontologia	02	13	46	14	06	81
Enfermagem	07	22	48	21	04	102
Farmácia	03	07	24	09	04	47
Nutrição	01	08	19	08	03	39
Fisioterapia	01	06	26	09	02	44
Total	17	69	207	77	23	393

Fonte: Silva *et al.*, Tendências da graduação na área da saúde no Brasil. Ed. Med. Salud., 1994.

A escola de Enfermagem foi a mais incidente com 102 escolas, seguida de Odontologia e em terceiro a de Medicina. Melhor caracterizado através da Figura 02.



Fonte: MEC. Coordenação Geral de Planejamento Setorial. M. S. Coordenação Geral de Desenvolvimento de R.H. para o SUS.

Figura 2 - Faculdades de ensino superior na área de Saúde, 1990.

A distribuição por região geopolítica apresentou-se irregular conforme a tabela 01. A região norte apresentou os menores números em todos os cursos, em contrapartida à região sudeste apresentou a maior quantidade de escolas.

SILVA *et al.*, (1994) relatam que os cursos de Medicina, Enfermagem e de Nutrição tiveram uma evolução negativa do número de diplomados, enquanto que a Odontologia, Farmácia e Fisioterapia mostraram um crescimento positivo no período de 1985 a 1989. Revelam ainda que quanto a regiões geopolíticas, os cursos de Medicina e Enfermagem apresentaram menos graduados em todas as regiões do país, enquanto que para o curso de Nutrição a redução concentrou-se nas regiões sul e

sudeste. Em relação à Fisioterapia houve aumento do número de diplomados só na região sudeste. SILVA *et al.*, (1994) explicam que o fenômeno se relacionou com os efeitos das políticas oficiais de restrição à abertura de novos cursos e à ampliação do número de vagas, bem como o desenvolvimento econômico e a evolução da divisão social e técnica do trabalho criando oportunidades e atraindo candidatos para outras áreas de conhecimento.

Pode-se observar através da Tabela 2, o crescimento da participação privada de ensino na formação superior em saúde no período 1985 (39%) a 1989 (43%) enquanto que no setor público esta proporção caiu, especialmente nas instituições federais.

Tabela 2 - Distribuição proporcional do nº de diplomados segundo dependência administrativa dos cursos de saúde, 1985 a 1989.

Dependência administrativa	Ano				
	1985	1986	1987	1988	1989
Pública	61%	60%	61%	58%	57%
Federal	41%	42%	42%	40%	38%
Estadual	15%	14%	16%	15%	16%
Municipal	05%	04%	03%	03%	03%
Privada	39%	40%	39%	42%	43%
Total diplomados	21.409	21.508	19.531	21.430	21.084

Fonte: MEC - Coordenação Geral de Planejamento Setorial. M. S. Coordenação Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS

Modos de gerenciar o trabalho em saúde:

Diante do quadro que se apresenta, para se obter um serviço de qualidade em saúde, há a necessidade de se conciliar a responsabilidade que cada profissional deve assumir na instituição de saúde sem lhe castrar a autonomia.

CAMPOS (1997) sugere que autonomia pressupõe liberdade, mas para que o trabalho autônomo seja eficaz pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros. A autonomia responsável somente aconteceria quando houvesse interesse e envolvimento dos agentes com uma certa tarefa. Em tese, diz-se que, o trabalho autônomo quase dispensaria chefia e demandaria quando muito, coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar correções do rumo eventualmente necessárias, e para enfrentar o inesperado exige-se a capacidade de improvisação, criatividade e iniciativa. Portanto, o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo, dependerá sempre de um certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública.

Na saúde é necessário reaproximar o trabalhador do resultado de seu trabalho, isto implica em estimular, ao mesmo tempo, a liberdade criadora e a delegação ampliada de responsabilidade. A recuperação do trabalho clínico aconteceria através de maiores coeficientes de vínculo entre o profissional e o paciente. Na saúde pública, porém, talvez fosse conveniente a adoção de sistema de trabalho por compromisso especificamente assumidos pelas várias equipes de saúde pública. Seria uma forma de adaptar gerência cotidiana, mecanismos semelhantes àqueles empregados nos Contratos de Gestão.

No contexto da sobrevivência, há que se implantar outros recursos existentes no arsenal disponível para gestão de pessoal. Tem-se mostrado eficaz combinar salários fixos com outras formas variáveis de pagamento. Negociar gratificações conforme o cumprimento de metas previamente negociadas seria uma alternativa capaz de alterar positivamente a subjetividade dos trabalhadores de saúde. Realização de

verdadeiros contratos de gestão entre trabalhadores, dirigentes e representantes de usuários, quando houver (dentro das regras de gestão participativa).

Valeria também a pena analisar os múltiplos desdobramentos da entrada de dinheiro no circuito, porque desta forma aumentaria muito a governabilidade sobre os recursos humanos. Mas... e a produção de sujeitos? Haveria modos de se introduzir pagamentos diferenciados dentro de um processo mais amplo de redefinição dos padrões de alienação e de responsabilidade das equipes?

Agarrar-se a estes dois expedientes: avaliação de desempenho e pagamento proporcional a resultados, não indicaria uma certa desistência do lento processo que é investir na produção de sujeitos? Seria um atalho justificável pelo tempo político das administrações? Seria uma pressa legítima tendo em vista a ineficácia dos serviços públicos de saúde e a quantidade de mortes evitáveis que ocorrem sob o olhar indiferente de uma sociedade com traços de barbárie?

Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados mas ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo. Enquanto objetos produzidos pelo mercado, pelas políticas governamentais, pelo saber estruturado em disciplinas, pelas leis e pelos valores culturais de cada época, os trabalhadores tendem a sofrer passivamente os efeitos destas máquinas sociais. Refletem momentos alienados e são mais coisas do que agentes de seus próprios destinos. No entanto, os profissionais de saúde participam da construção de saberes e disciplinas do seu campo, influenciam políticas e também participam da estruturação do mercado da doença e são os principais tradutores dos princípios gerais de cada política para módulos de atenção mais operativos (CAMPOS, 1992). Além do mais, interagem com a sociedade contribuindo para a definição de determinado valor de uso para a vida.

Defender a vida é o que assegura valor de uso ao trabalho em saúde e, portanto, a

ética dos profissionais de saúde não poderia estar fundada em outro princípio que não fosse o de defesa da vida. Depois dele viria o interesse econômico, as conveniências políticas, as normas burocráticas, entre outros fatores que justificam o trabalho em saúde.

Há também a necessidade de quebrar as formas de relacionamento consolidado através do jogo institucional de transferência e contratransferência. Transferência é entendida como o modo do paciente ou do usuário de um serviço de saúde significar ou o profissional que o atende, ou a equipe que lhe dá suporte ou o serviço que o acolhe. Contratransferência teria o sentido recíproco ou seja, o modo como o trabalhador, ou a equipe, ou a instituição, significam o paciente usuário. Em certo sentido seria uma aplicação focalizada à relação profissional-paciente do conceito freudiano mesclado com o imaginário de Castoriadis (CASTORIADIS, 1975). Em todas estas situações, observa-se uma tendência dos distintos sujeitos congelarem uma determinada forma de representação ou de significação do outro. O silêncio sobre estes mecanismos encobre acordos opressores para os mais fracos, em geral os clientes, e cronifica a alienação dos profissionais.

A saúde defronta ainda com o problema da crescente especialização de seus profissionais que vem diminuindo a capacidade de resolver problemas e aumentando a alienação destes profissionais em relação ao resultado de suas práticas. Na medida em que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção - seja ela diagnóstica ou terapêutica - ninguém poderia em tese ser responsabilizado pelo resultado global do tratamento (paciente). Alguns sugerem os organogramas verticais que criam departamentos de enfermagem, serviço social, médico - corpo clínico em geral, ainda mais subdividido em miríade de especialidades sem contato entre si - entre setores. Em outro extremo, há experiências mais radicais de horizontalização dos organogramas, com distribuição mais homogênea de poder. Nesta diretiva, sugere-se que os trabalhadores abandonem identidade profissional. Estes dois

modelos não satisfazem com certeza, por isso o desafio seria combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização. Especializar-se implica sempre em recortes verticais no saber (área de competência) e na prática (área de responsabilidade). Portanto, caberia à gerência lidar com os limites de competência e da responsabilidade operacional de cada profissional e de cada equipe.

Quando se pensa, trabalho de saúde, pensa-se em defesa da vida. Porém, paciente e população são abstraídos como se fossem conjunto homogêneo, semelhantes uns aos outros, passíveis todos de receberem cuidados semelhantes. A hipervalorização arrefeceu em muito a preocupação dos saberes em saúde com a subjetividade e com a cultura dos seus clientes. Passa-se até a impressão de que o trabalho clínico ou sanitário seria passível de automatização. E a motivação criativa e o empenho improvisador do trabalhador? Sem estas posturas, o trabalho sanitário tende a perder a capacidade de resolver problemas de saúde, tende a se embaralhar na complexidade e desorganização dos complexos sistemas de saúde e tende a se submeter aos pesados constrangimentos do meio sócio-econômico-político de cada contexto. Neste sentido, tanto o processo de formação quanto a experiência institucional dos profissionais exercem um duplo efeito sobre suas subjetividades: não somente os treinam a se relacionarem com sujeitos degradados à condição de objeto, como reforçam sua alienação e desmotivação. A mecânica deformadora das escolas, o funcionamento burocratizado dos serviços e a dinâmica individualista da sociedade, três instâncias aliadas para alienar o trabalhador do seu apego à obra.

Considerações Finais

A invenção de novos dispositivos institucionais - gestão colegiada, vínculo, contrato de gestão, de novas maneiras de ensinar, de avaliar e de supervisionar o trabalho em saúde, cumpririam a função de retirar essa discussão do campo exclusivamente moral e ético para reforçar a construção de um novo tipo de compromisso

entre técnicos e a produção de saúde. A defesa da vida deveria constituir componente obrigatório do campo de responsabilidade de todo e qualquer profissional de saúde.

Como arrancar o conceito de direito à saúde do abstrato mundo das leis e trazê-lo para o concreto da vida cotidiana?

Existem dois eixos básicos supostamente capazes de realizar tal empreitada. O primeiro diz respeito à construção de sociedades justas e saudáveis: distribuição de renda, emprego, trabalho, meio-ambiente salubre, habitação, lazer e educação. O segundo são os próprios serviços de saúde com sua capacidade limitada, porém real, de também produzir saúde.

Referências Bibliográficas

- CAMPOS, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal em saúde**. São Paulo, Mimeo, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1992.
- CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Apud Campos, G. W. S., Mimeo, 1975.
- CONSTITUIÇÃO REPÚBLICA FEDERATIVA

DO BRASIL 1988. **Centro Gráfico do Senado Federal**. Brasília, Distrito Federal, 1988.

- CORNETA, V. K; MAIA, C. C. A.; COSTA, W. G. A. A reorganização dos serviços de saúde no sistema único de saúde e a formação de recursos humanos. **Saúde em debate**. 51: 44-49, 1996.
- GIRARDI, S. N. La fuerza de trabajo em el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas. **Educ. med. Salud**. 25(1): 37-47, 1991.
- MEDICI, A. C. **Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa**. In: Conferência nacional de recursos humanos para a saúde, II, Brasília, 1993. Cadernos RH saúde.
- PIERANTONI, C. R. & MACHADO, M. H. **Profissões de saúde: a formação em questão**. In: Conferência nacional de recursos humanos para a saúde, II, Brasília, 1993.
- SILVA, J. A. Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil. **Educ. Med. Salud**. 27(1), 1993.
- SILVA, J. A.; YPIRANGA, L.; SEIXAS, J. C. & JATENE, A. D. Tendências da graduação na área da saúde no Brasil. **Ed. Med. Salud**. 28(2): 286-300, 1994.