

FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE E REDE HOSPITALAR NA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ¹

Cintia Teixeira Rossato Mora*
Maria Lucia Frizon Rizzotto**

RESUMO

A rede hospitalar e a força de trabalho em saúde se distribuem de maneira desigual no território nacional, refletindo o modelo de atenção hegemônico e a organização a partir da oferta de serviços. O estudo teve por objetivo analisar a rede hospitalar e a composição e distribuição da força de trabalho em saúde dos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná. Pesquisa descritiva, quantitativa que teve como fonte de dados o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A estatística descritiva revelou que 84,62% dos hospitais são privados; 61,54% de pequeno porte; existem 2.307 ocupações cadastradas e destas 57,91% são de nível superior; 69,27% dos vínculos de trabalho são precários e 23,50% dos trabalhadores apresentavam mais que um vínculo empregatício. Identificou-se, ainda, menor jornada de trabalho semanal e maior precarização entre as ocupações de nível superior. Conclui-se pela necessidade de maior participação do Estado na regulação das instituições públicas e privadas, sobretudo na gestão do trabalho, e no planejamento da distribuição da força de trabalho em saúde.

Palavras-chave: Recursos humanos em hospital. Unidades hospitalares. Força de trabalho.

INTRODUÇÃO

A rede hospitalar brasileira apresenta desigualdades em relação à incorporação tecnológica, à complexidade dos serviços ofertados e à distribuição irregular em todo o território nacional. Além disso, a concentração de leitos no setor privado e a baixa capacidade de regulação do SUS (Sistema Único de Saúde), associada a dificuldade de coordenação entre os setores público e privado, não atende as demandas e as necessidades de acesso da população aos serviços desse nível de atenção à saúde⁽¹⁾.

A força de trabalho em saúde⁽²⁾ é composta por profissionais de saúde com formação específica na área e por trabalhadores de saúde sem formação específica. Nacionalmente, o macrossetor saúde emprega 5.064.697 trabalhadores no ramo formal, gerando impacto de 11% na economia. Destes 17,75% atuam em instituições hospitalares⁽³⁾.

As transformações decorrentes da reestruturação produtiva, da integração mundial dos mercados financeiros, da internacionalização das economias e da desregulamentação e

abertura do mercado influenciaram o setor saúde com consequências para a gestão do trabalho e para o próprio SUS. O espaço hospitalar sofreu mudanças importantes na gestão do trabalho e na sua organização a partir da incorporação das diretrizes do pensamento neoliberal e dos modelos de gestão das empresas privadas⁽⁴⁾.

Ademais, aspectos internos como a garantia constitucional do direito à saúde e mudanças no perfil epidemiológico da população, resultaram em expansão da cobertura, diversificação e ampliação dos serviços de saúde com crescente complexificação da atenção, que, associados ao subfinanciamento do setor, têm resultado na deterioração das relações de trabalho no denominado complexo da saúde⁽⁵⁾.

Tal deterioro é caracterizado pela flexibilização dos contratos, sem garantia de direitos, e pela precarização das relações de trabalho, por meio de terceirizações e contratos temporários, que fragilizam a situação do trabalhador e acentuam a desigualdade na relação capital-trabalho⁽⁴⁾.

O trabalho precário pode ser definido como aquele com ausência de direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, que não garantem “[...] os benefícios que dão segurança e qualidade de

¹Extraído da dissertação intitulada “Gestão do Trabalho nos Hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná”, apresentada ao Programa de Biociências e Saúde, 2015.

*Fisioterapeuta. Mestre em Biociências e Saúde, Hospital Ministro Costa Cavalcanti. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: cintiatr_mora@hotmail.com.

**Enfermeira. Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem da UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: frizon@terra.com.br.

vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos^(6,4).”

Uma das formas mais conhecidas de trabalho precário é a terceirização, que pode ser definida como “[...] todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta, cujo objetivo último é a redução de custos com a força de trabalho e (ou) a externalização dos conflitos trabalhistas^(7:331).”

A precarização do trabalho é apontada como um obstáculo ao desenvolvimento do sistema público de saúde, comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema, prejudicando a qualidade e continuidade dos serviços prestados. Além disso, dificulta a organização dos processos de trabalho, interfere nas relações interpessoais, promovendo um ambiente de insegurança e incertezas, face à desproteção social dos trabalhadores que convivem num mesmo ambiente de trabalho com diferentes salários e desigualdades de direitos, vantagens e deveres⁽⁴⁾.

No caso dos hospitais, além do impacto das medidas neoliberais, o trabalho desempenhado associado aos fatores inerentes à própria função potencializam o risco de lesões e adoecimento tornando os trabalhadores mais vulneráveis⁽⁸⁾.

A pesquisa teve por objetivo analisar a rede hospitalar e a composição e distribuição da força de trabalho em saúde dos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, realizada a partir de dados obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Este sistema abrange a totalidade dos estabelecimentos de saúde do País e compila dados sobre área física, recursos humanos, equipamentos, tipo de serviços ambulatoriais e hospitalares, entre outros.

A coleta dos dados ocorreu em abril de 2014 e a amostra foi constituída por todos os profissionais de saúde de nível superior e técnico dos 13 hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná, cadastrados no sistema. Toda a busca foi realizada no site do CNES, que apresenta um banco de dados de acesso público.

Inicialmente, foram identificados os municípios

da 9ª Região de Saúde do Paraná, depois os estabelecimentos hospitalares, e por fim, as ocupações descritas em cada unidade.

Para a definição dos profissionais de nível superior utilizou-se a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287 de outubro de 1998, que identifica as 14 profissões da área da saúde. Já para os profissionais de nível técnico foram considerados todos os trabalhadores com formação específica em saúde⁽⁹⁾.

O levantamento da força de trabalho foi feito, primeiramente, com base nas ocupações, que segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, é “[...] a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas^(10:7).” O que significa que um mesmo profissional pode estar cadastrado no sistema mais de uma vez, e em instituições distintas. A identificação da quantidade de profissionais foi feita a partir do nome do profissional registrado.

Todos os dados foram registrados em tabelas do programa *Microsoft Excel 2010*, compondo um banco de dados próprio para posterior análise.

Os hospitais foram analisados de acordo com: o porte hospitalar; cidade sede; o porte do município; a esfera administrativa; a natureza da organização e leitos gerais e complementares. As ocupações foram analisadas de acordo com: a formação; o tipo de vínculo; a carga horária e a distribuição na rede hospitalar.

Para a análise estatística utilizou-se o programa *InStat GraphPad* versão 3.4, foi realizado o teste qui-quadrado, considerando como nível de significância o valor de $p \leq 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) sob o parecer n.o 535.238/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A 9ª Região de Saúde, cenário do estudo, está localizada no extremo Oeste do Paraná, compondo a tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai). É constituída por nove municípios (Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Medianeira, Matelândia, Serranópolis do Iguaçu, Ramilândia e Missal), destes, cinco (56%) são considerados de pequeno porte 1 (até 20.000 habitantes), três (33%) de pequeno porte 2 (20.001 até 50.000) e um

município de grande porte (100.001 até 900.000). A população que reside na região é de 388.795 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio da região, que utiliza como parâmetros os dados de educação, longevidade e renda, é considerado alto (0,733), acima da média nacional que é de 0,727⁽¹¹⁾.

A região caracteriza-se economicamente como agrícola e importante pólo turístico, sendo Foz do Iguaçu o segundo destino de estrangeiros no País. É considerada uma das cidades mais multiculturais do Brasil, com cerca de 70 grupos étnicos e um fluxo intenso de pessoas, gerando desafios para o sistema de saúde local.

O Paraná possui uma rede de hospitais gerais composta por 428 unidades, dos quais, 13 (3,04%) estão localizados na 9ª Região de Saúde,

sendo um (7,69%) em Itaipulândia, um (7,69%) em Santa Terezinha de Itaipu, dois (15,38%) em Missal, dois (15,38%) em Matelândia, três (23,08%) em Medianeira e quatro (30,77%) em Foz do Iguaçu. Todos os hospitais apresentam níveis de atenção ambulatorial e hospitalar, e, apenas uma unidade desempenha atividade de alta complexidade⁽¹²⁾.

Dentre os 13 hospitais existentes na 9ª Região de Saúde, 11 (84,62%) são privados, sendo seis (46,15%) empresas privadas, quatro (30,77%) entidades beneficentes sem fins lucrativos e um (7,69%) fundação privada. Os outros dois (15,38%) hospitais são públicos com gestão municipal, um de administração direta e o outro de indireta (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos hospitais de acordo com a cidade sede, porte do município, esfera administrativa, natureza da organização e leitos em relação ao porte dos hospitais. 9ª Região de Saúde do Paraná, 2014.

Cidades	Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte		Total		p-valor
	n=8	%	n=4	%	n=1	%	n=13	%	
Foz do Iguaçu	1	7,69	2	15,38	1	7,69	4	30,77	0,577
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	1	7,69	0	0	1	7,69	
Itaipulândia	1	7,69	0	0	0	0	1	7,69	
Missal	2	15,38	0	0	0	0	2	15,38	
Medianeira	2	15,38	1	7,69	0	0	3	23,08	
Matelândia	2	15,38	0	0	0	0	2	15,38	
Total	8	61,54	4	30,77	1	7,69	13	100	
Porte do município									
Pequeno Porte 1	5	38,46	0	0	0	0	5	38,46	0,14
Pequeno Porte 2	2	15,38	2	15,38	0	0	4	30,77	
Grande Porte	1	7,69	2	15,38	1	7,69	4	30,77	
Total	8	61,54	4	30,77	1	7,69	13	100	
Esfera administrativa									
Municipal	1	7,69	1	7,69	0	0	2	15,38	0,77
Privada	7	53,85	3	23,08	1	7,69	11	84,62	
Total	8	61,54	4	30,77	1	7,69	13	100	
Natureza da organização									
Empresa privada	4	30,77	2	15,38	0	0	6	46,15	0,68
Entidade beneficente sem fins lucrativos	2	15,38	1	7,69	1	7,69	4	30,77	
Administração direta da saúde	1	7,69	0	0	0	0	1	7,69	
Administração indireta da saúde	0	0	1	7,69	0	0	1	7,69	
Fundação privada	1	7,69	0	0	0	0	1	7,69	
Total	8	61,54	4	30,77	1	7,69	13	100	
Leitos									
Leitos SUS	124	15,6	260	32,7	91	11,45	475	59,75	0,003
Leitos não SUS	113	14,21	138	17,36	69	8,68	320	40,25	
Total	237	29,81	398	50,06	160	20,13	795	100	
Leitos complementares									
Leitos SUS	0	0	17	18,28	31	33,33	48	51,61	<0,0001
Leitos não SUS	9	9,68	27	29,03	9	9,68	45	48,39	
Total	9	9,68	44	47,31	40	43,01	93	100	

Fonte: CNES, 2014.

Em relação ao porte dos hospitais, oito (61,54%) são de pequeno porte (até 50 leitos), quatro (30,76%) de médio porte (51 até 150 leitos) e um hospital se caracteriza como de grande porte (151 até 500 leitos)⁽¹³⁾. O total de leitos é de 795, desses 475 (59,75%) são SUS e a metade dos leitos 398 (50,06%) se encontram em hospitais de médio ou pequeno porte (Tabela 1).

Situação semelhante é encontrada no Estado do Paraná como um todo, em que 331 (72,3%) dos 428 hospitais gerais existentes são de pequeno porte. Dados próximos também são evidenciados nacionalmente, em que 60% dos leitos se encontram em pequenos estabelecimentos e em municípios com menos de 50 mil habitantes. Tais unidades, em geral, apresentam baixa incorporação tecnológica, taxa de ocupação ociosa e reduzida capacidade para resolver problemas de maior complexidade, sobrecarregando os hospitais de referência^(13,14).

Apesar da maioria dos leitos se encontrarem em Foz do Iguaçu (51,32%), inclusive os destinados ao SUS (53,33%), este município é o que apresenta a menor relação leitos/habitantes, com 1,6/1.000 no total e 0,9/1.000 ao analisar somente os leitos SUS.

A média da região é de 2,0 leitos/1.000 habitantes no geral e 1,2 leitos/1.000 habitantes que atendem ao SUS, abaixo do preconizado que é de 2,5 a 3,0 leitos/1.000 habitantes⁽¹⁵⁾. Entre as 22

Regiões de Saúde do Paraná, a 9ª apresenta uma das menores taxas, perdendo apenas para as regiões de Paranaguá, Telêmaco Borba e Cianorte⁽¹⁴⁾.

É importante destacar que para avaliar a real necessidade de leitos deve-se verificar não somente o número de habitantes, mas também outros parâmetros, como o percentual de internações, a taxa de ocupação e o tempo de permanência⁽¹⁵⁾. A necessidade estimada de leitos complementares (Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e neonatal) é de 4% a 10% do total de leitos⁽¹⁵⁾. A 9ª Região de Saúde apresenta 93 leitos complementares, portanto, 10% do total de leitos, quando analisados apenas os leitos complementares que atendem ao SUS foram identificados 48, o que corresponde a 9% do total de leitos SUS, ou seja, dentro do preconizado (Tabela 1).

Foram identificadas 2.307 ocupações e 1.626 profissionais nos 13 hospitais estudados, sendo 1.336 (57,91%) ocupações de nível superior e 971 (42,09%) de nível técnico. As ocupações da equipe de enfermagem, auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros, somam 1.063 (46,08%), seguida pela categoria médica com 1.050 (45,51%), o que revela que mais de 90% das ocupações na rede hospitalar da 9ª Região de Saúde pertencem a esses dois grupos de profissões. As outras categorias profissionais representam 8,41% do total (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das categorias profissionais, segundo a ocupação, número de profissionais e relação ocupação/profissional. Hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná, 2014.

Categorias profissionais	Ocupações	%	Profissionais	%	Ocupações/ Profissional	p-valor
Médico	1050	45,51	451	27,74	2,33	
Enfermeiro	154	6,68	149	9,16	1,03	
Farmacêutico	37	1,60	35	2,15	1,06	
Fisioterapeuta	28	1,21	27	1,66	1,04	
Nutricionista	16	0,69	16	0,98	1,00	
Fonoaudiólogo	13	0,56	11	0,68	1,18	
Dentista	13	0,56	9	0,55	1,44	
Psicólogo	10	0,43	10	0,62	1,00	
Assistente social	7	0,30	7	0,43	1,00	
Biomédico	6	0,26	6	0,37	1,00	
Biólogo	2	0,09	2	0,12	1,00	
Auxiliar de enfermagem	763	33,07	705	43,36	1,08	<0,0001
Técnico de enfermagem	146	6,33	143	8,79	1,02	
Instrumentador cirúrgico	22	0,95	22	1,35	1,00	
Técnico em patologia clínica	15	0,65	9	0,55	1,00	
Técnico em radiologia e imagiologia	13	0,56	12	0,74	1,08	
Auxiliar de laboratório de análises clínicas	3	0,13	3	0,18	1,00	
Atendente de enfermagem	3	0,13	3	0,18	1,00	
Técnico em imobilização ortopédica	3	0,13	3	0,18	1,00	
Atendente de farmácia	1	0,04	1	0,06	1,00	
Técnico em óptica e optometria	1	0,04	1	0,06	1,00	
Técnico em nutrição e dietética	1	0,04	1	0,06	1,00	
Total	2307	100,00	1626	100,00	1,08	

Fonte: CNES, 2014.

Aspecto importante a destacar é a quantidade de ocupações de nível superior na rede hospitalar (57,91%) em comparação com a Atenção Básica. Estudo realizado na macrorregião Oeste do Paraná, que utilizou o mesmo banco de dados, evidenciou que a maioria (62,15%) das ocupações cadastradas na Atenção Básica são de profissionais com formação em nível elementar ou técnico⁽¹⁶⁾. Isso pode ser explicado pelas diferenças na complexidade dos procedimentos realizados, pela quantidade de especialidades médicas que atuam no espaço hospitalar e pela inserção de novas profissões de nível superior, tais como: nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, dentista, fonoaudiólogo, assistente social, biomédico e biólogo, como mostra a tabela 2. Mas, também, a maior quantidade de profissionais de nível superior nos hospitais pode ser resultado da manutenção do

modelo médico hegemônico, curativo, que tem os hospitais como espaço privilegiado de tratamento das doenças.

Ao analisar a relação entre o quantitativo de ocupações e o número de profissionais cadastrados (dado com significância estatística), identificou-se que 376 profissionais (23,50%) estão cadastrados com mais de uma ocupação. Entre os médicos, a relação foi de 2,33 ocupações/profissional (Tabela 2), com um máximo de oito ocupações para um único profissional. A maioria dos profissionais atuam num mesmo município, mas 37 profissionais da amostra apresentavam ocupações registradas em dois municípios e seis profissionais em três municípios. A flexibilidade na jornada de trabalho, sobretudo dos profissionais de nível superior que atuam como autônomos (55,27%) (Tabela 3), pode contribuir para explicar esses achados.

Tabela 3. Distribuição das ocupações de saúde, segundo a cidade, porte do município, tipo de vínculo e jornada de trabalho. Hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná, 2014.

Variáveis	Nível Superior n=1336	%	Nível Técnico n=971	%	Total n=2307	%	p - valor
Cidade							
Foz do Iguaçu	985	42,70	801	34,72	1786	77,42	
Santa Terezinha de Itaipu	15	0,65	7	0,30	22	0,95	
Itaipulândia	14	0,61	16	0,69	30	1,30	
Missal	14	0,61	11	0,48	25	1,08	<0,0001
Medianeira	240	10,40	112	4,85	352	15,26	
Matelândia	68	2,95	24	1,04	92	3,99	
<i>Total</i>	<i>1336</i>	<i>57,91</i>	<i>971</i>	<i>42,09</i>	<i>2307</i>	<i>100,00</i>	
Porte do município							
Pequeno Porte 1	96	4,16	51	2,21	147	6,37	
Pequeno Porte 2	255	11,05	119	5,16	374	16,21	<0,0001
Grande Porte	985	42,70	801	34,72	1786	77,42	
<i>Total</i>	<i>1336</i>	<i>57,91</i>	<i>971</i>	<i>42,09</i>	<i>2307</i>	<i>100,00</i>	
Tipo de Vínculo							
Autônomo	1003	43,48	272	11,79	1275	55,27	
Celetista	139	6,03	566	24,53	705	30,56	
Contrato verbal/informal	3	0,13	0	0,00	3	0,13	
Cooperativa	10	0,43	0	0,00	10	0,43	
Emprego público	3	0,13	0	0,00	3	0,13	
Estatutário	0	0,00	1	0,04	1	0,04	<0,0001
Contrato por prazo determin.	75	3,25	41	1,78	116	5,03	
Proprietário	2	0,09	0	0,00	2	0,09	
Residência	9	0,39	0	0,00	9	0,39	
Sem tipo	92	3,99	91	3,94	183	7,93	
<i>Total</i>	<i>1336</i>	<i>57,91</i>	<i>971</i>	<i>42,09</i>	<i>2307</i>	<i>100,00</i>	
Jornada de trabalho							
Maior ou igual que 30h/sem.	279	12,09	905	39,23	683	51,32	<0,0001
Menor que 30 h/sem.	1057	45,82	66	2,86	1624	46,42	
<i>Total</i>	<i>1336</i>	<i>57,91</i>	<i>971</i>	<i>42,09</i>	<i>2307</i>	<i>100,00</i>	

Fonte: CNES, 2014.

Quanto à distribuição das ocupações nos municípios, a grande maioria 1.786 (77,42%) encontram-se no município de Foz do Iguaçu (Tabela 3), que além de ser a sede da regional,

possui quatro hospitais e a maioria dos leitos (51,32%) da região.

O desequilíbrio na distribuição da força de trabalho e dos serviços de saúde dificulta o acesso

dos usuários ao sistema. É importante salientar que o conhecimento e o adequado planejamento da formação e distribuição da força de trabalho é aspecto fundamental para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS⁽¹⁷⁾. No entanto, o perfil e a distribuição da força de trabalho em saúde sofrem a influência de diversos fatores, entre eles, o modelo de atenção, os grupos de interesse, determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais⁽¹⁸⁾.

Em relação aos tipos de vínculos (Tabela 3), a maioria (55,27%) das ocupações é de autônomo e de profissionais de nível superior (43,48%), já a maior carga horária está entre os profissionais de nível técnico (39,23%). O autônomo é um tipo de vínculo considerado precário, ou seja, sem garantia de direitos trabalhistas. São considerados vínculos protegidos o celetista, encontrado em maior quantidade entre as ocupações de nível técnico (24,53%), e o estatutário. Na análise dos dados, observou-se diferença estatística entre as ocupações de nível superior e técnico no que se refere à cidade, tipo de vínculo, porte do município e jornada de trabalho, evidenciando uma relação entre a formação, a localização do trabalho e o tipo de contrato.

Estudo realizado com enfermeiros de um hospital público de Cuiabá identificou 55,1% de vínculos temporários/prestação de serviços, 18,8%

desvio de função, além de desigualdade salarial, devido à falta de concurso público, que fez com que os auxiliares/técnicos de enfermagem que concluíram a graduação, passassem a exercer funções de nível superior, porém, mantendo-se nos cargos/carreira de nível médio, situação que também pode estar acontecendo nos hospitais analisados⁽¹⁹⁾.

No que se refere aos tipos de vínculos protegidos e precários (Tabela 4), identificou-se que a maioria (69,27%) é de vínculo precário, tanto nos hospitais da esfera pública (22,02%), como nos da esfera privada (47,25%). E ainda, que os vínculos precários estiveram mais presentes nas entidades beneficentes sem fins lucrativos (31,08%), nos hospitais de médio porte (29,65%) e entre os profissionais de nível superior (51,76%) (Tabela 4).

Eberhardt, Carvalho e Murofuse⁽²⁰⁾, que analisaram os vínculos dos trabalhadores da saúde na macrorregião oeste, também observaram maior precarização entre os profissionais de nível superior (85,28%), com destaque para o nível hospitalar (53,45%) em relação aos outros níveis de atenção. O estudo de Nodari⁽¹⁶⁾ que avaliou apenas os tipos de vínculos da Atenção Básica na mesma macrorregião, também identificou uma maior precarização no nível superior (28,2%), em relação ao nível técnico (6,26%).

Tabela 4. Distribuição dos vínculos de trabalho segundo a esfera administrativa, natureza da organização, porte do hospital e nível de formação. 9ª Região de Saúde do Paraná.

	Protegido	%	Precários	%	Total	%	P-valor
Esfera administrativa							
Pública	4	0,17	508	22,02	512	22,19	<0,0001
Privada	705	30,56	1090	47,25	1795	77,81	
<i>Total</i>	709	30,73	1598	69,27	2307	100,00	
Natureza da organização							
Empresa privada	95	4,12	155	6,72	250	10,84	<0,0001
Entidade beneficente sem fins lucrativos	608	26,35	717	31,08	1325	57,43	
Administração direta da saúde	0	0,00	30	1,30	30	1,30	
Administração indireta da saúde	4	0,17	478	20,72	482	20,89	
Fundação privada	2	0,09	218	9,45	220	9,54	
<i>Total</i>	709	30,73	1598	69,27	2307	100,00	
Porte Hospitalar							
Pequeno Porte	79	3,42	390	16,91	469	20,33	<0,0001
Médio Porte	171	7,41	684	29,65	855	37,06	
Grande Porte	459	19,90	524	22,71	983	42,61	
<i>Total</i>	709	30,73	1598	69,27	2307	100	
Nível de formação							
Nível superior	142	6,16	1194	51,76	1336	57,91	<0,0001
Nível técnico	567	24,58	404	17,51	971	42,09	
<i>Total</i>	709	30,73	1598	69,27	2307	100,00	

Fonte: CNES, 2014

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados evidenciam que a 9ª Região de Saúde do Paraná, apresenta, em sua maioria, unidades hospitalares de pequeno porte (61,54%), distribuídos nos municípios de pequeno porte 1 (38,46%) e 2 (30,77%), de natureza privada (84,62%), prestam assistência em nível ambulatorial e hospitalar e apenas uma unidade hospitalar oferece serviços de alta complexidade. A quantidade de leitos hospitalares existentes mostrou-se insuficientes para atender a população da região, segundo as orientações nacionais e internacionais.

Também se evidenciou uma variedade de tipos de vínculos empregatícios⁽¹⁰⁾ e um grande contingente de trabalhadores desprotegidos (69,27%), o que requer uma maior regulação do Estado, tanto nas instituições públicas como nas privadas ou sem fins lucrativos, uma vez que,

todas integram o SUS e devem seguir as regras do sistema e da legislação trabalhista vigente no País.

Ainda sobre a distribuição da força de trabalho na 9ª Região de Saúde do Paraná, foi possível observar que segue a oferta dos postos de trabalho nos hospitais de acordo com o porte dos mesmos e a quantidade de leitos oferecidos.

Não foi possível identificar se a distribuição dos leitos e da força de trabalho em saúde está adequada às reais necessidades de saúde da população dos municípios que compõe a 9ª Região de Saúde do Paraná, indicando a limitação do estudo e a necessidade de pesquisas que analisem esses aspectos, assim como, de outros relacionados à formação dos trabalhadores. Por fim, aponta-se ainda a necessidade de uma maior participação do Estado no planejamento da formação, da distribuição e da gestão da força de trabalho em saúde.

HEALTH WORKFORCE AND HOSPITAL NETWORK IN THE 9th HEALTH REGION OF PARANÁ

ABSTRACT

The hospital network and health workforce are distributed unevenly in the country, reflecting the hegemonic model of attention and organization as from the services offer. The study aimed to analyze the hospital network and its composition and distribution of health workforce of the 9th Health Region hospitals of Paraná. Descriptive, quantitative research had as data source the National Register of Health Facilities. The statistics showed that 84.62% of hospitals are private; 61.54% are small; there are 2,307 registered occupations and of these 57.91% are educated level; 69.27% of the working relations are precarious and out of them, 23.50% of workers had more than one job. It was also identified shorter week working hours and higher precariousness among the educated level occupations. The results confirmed the need for greater participation of the state in the regulation of public and private institutions, particularly in work management, and planning the distribution of the health workforce.

Keywords: Personnel, Hospital. Hospital Units. Labor Force.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD Y RED HOSPITALARIA EN LA 9ª REGIÓN DE SALUD DE PARANÁ

RESUMEN

La red hospitalaria y la fuerza del trabajo en salud se distribuyen de forma desigual en el país, lo que refleja el modelo de atención hegemónico y la organización a partir de la oferta de servicios. El objetivo del estudio fue analizar la red hospitalaria y la composición y distribución de la fuerza de trabajo en salud de los hospitales de la 9ª Región de Salud de Paraná-Brasil. Investigación descriptiva, cuantitativa que tuvo como fuente de datos el Registro Nacional de Establecimientos de Salud. La estadística descriptiva mostró que 84,62% de los hospitales son privados; 61,54% pequeño porte; hay 2.307 ocupaciones registradas y de estas 57,91% son de nivel superior; 69,27% de los vínculos laborales son precarios y 23,50% de los trabajadores tenían más de un empleo. También fueron identificadas menos horas de trabajo semanal y más relaciones precarias entre las ocupaciones de nivel superior. Los resultados confirmaron la necesidad de una mayor participación del Estado en la regulación de las instituciones públicas y privadas, sobre todo en la gestión del trabajo, y la planificación de la distribución de la fuerza de trabajo en salud.

Palabras clave: Recursos humanos en hospital. Unidades hospitalarias. Fuerza de trabajo.

REFERENCIAS

1. Machado JP, Martins M, Leite IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil.

- Saúde em Debate. 2015 [acesso em 12 maio 2016]; 39: 39-50. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00039.pdf>
2. Girardi SN, Mass LWD. Informações sobre Mercado de Trabalho em Saúde: conceitos e bases de dados. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Belo Horizonte, 2011 ago.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde. In: A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2012.
4. Alves SMP, Coelho MCR, Borges, LH, Cruz, CAM, Massaroni, L, Maciel, PMA. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015 [acesso em: 12 de maio 2016]; 20 (10): 3043-3050. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3043.pdf>
5. Dedecca C, Trovão CJB. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013 [acesso em: 10 de nov. 2013]; 18 (6): 1555-1567. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão e da regulação do trabalho em saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006 [acesso em 09 de nov 2014]. Disponível em: URL: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf
7. Marcelino P., Cavalcanti S. Por uma definição de terceirização. *Cad. CRH* [online]. 2012, [acesso em 13 ago 2016] 25 (65): 331-346. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/crhh/v25n65/v25n65a10.pdf>
8. Karino ME, Felli VEA, Sarquis LMS, Santana LL, Silva SR, Teixeira RC. Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. *Cienc Cuid Saude*. 2015 [acesso em 16 maio 2016]; 12(2): 1011-1018. Disponível em: URL: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21603/14750>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287 de 8 de outubro de 1998. Brasília, DF: CNS, 1998 [acesso em 17 jun 2013]. Disponível em: URL: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/241/resol_cns_287_1998_pdf_91145.pdf
10. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações. Brasília, DF. 2010 [acesso em 20 ago 2016]. Disponível em: URL: <http://wp.ufpel.edu.br/observatoriosocial/files/2014/09/CBO-Livro-1.pdf>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. 2010 [acesso em 03 maio 2014]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2014 [acesso em 15 abr 2014]. Disponível em: URL: <http://cnes.datasus.gov.br>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Projetos de Apoio ao desenvolvimento institucional do SUS. Dimensionamento de número de leitos e tipologia hospitalar: o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas. 2012 [acesso em ago 2016]. Disponível em: URL: http://rbce.org.br/wp-content/uploads/2014/10/59_Barbosa_Z_Tipologia_Hospitalar_LIGRESS_2012.pdf
14. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015, Curitiba, 2013 [acesso em 20 maio 2013]. Disponível em: URL: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.224/GM. Brasília, DF, 5 dez. 2002 [acesso em 23 abr 2013]. Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>
16. Nodari SAB. Força de trabalho em saúde na atenção básica: características e distribuição geográfica na macrorregião Oeste do Paraná. 2015. [dissertação]. Cascavel (PR). Mestrado em Biociências e Saúde – UNIOESTE. 2015.
17. Paz MRD. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013 [acesso em 16 maio 2016]; 29 (10): 1924-1926. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000002
18. Carvalho M, Santos NR, Campos WS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde debate* [online]. 2013 [acesso em 12 nov 2014]; 37(98): 372-387. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a02v37n98.pdf>
19. Ribeiro AC, Ramos, LHD, Mandú ENT. Perfil Sociodemográfico e profissional de enfermeiros de um hospital público de Cuiabá-MT. *Cienc Cuid Saude*. 2014 [acesso em 10 dez 2015]; 13(4): 625-633. Disponível em: URL: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20480/pdf_237
20. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde em Debate*. 2015; 39(4): 18-29.

Endereço para correspondência: Cintia Teixeira Rossato Mora. Rua Barra Mansa, 152, Jardim Ipê, CEP 85869-686. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. Telefones: (45) 3524-1790/(45) 9975-6066. E-mail: cintiatr_mora@hotmail.com.

Data de recebimento: 27/01/2016

Data de aprovação: 08/09/2016