UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCIÊNCIAS E SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

CINTIA TEIXEIRA ROSSATO MORA

GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

CASCAVEL-PR
JULHO/2015

CINTIA TEIXEIRA ROSSATO MORA

GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde.

ORIENTADORA: Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto

CASCAVEL-PR

JULHO/2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M816g

Mora, Cintia Teixeira Rossato

Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná. / Cintia Teixeira Rossato Mora. Cascavel, PR: UNIOESTE, 2015.

116 p.

Orientadorª: Profª. Drª. Maria Lucia Frizon Rizzotto

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

1. Recursos humanos - Hospital. 2. Saúde - Gestão. 3. Saúde – Força de trabalho. I. Rizzotto, Maria Lucia Frizon. II. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. III. Título.

CDD 21.ed. 331.119161

Ficha catalográfica elaborada por Helena Soterio Bejio CRB-9ª/965

FOLHA DE APROVAÇÃO

CINTIA TEIXEIRA ROSSATO MORA

GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: Prof.ª Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto
UNIOESTE

Prof.ª Dra. Neide Tiemi Murofuse
UNIOESTE

Prof.ª Dra. Célia Regina Rodrigues Gil
UEL

CASCAVEL-PR
(julho/2015)

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu marido Raul, pelo amor e companheirismo e aos nossos filhos Natália e Benício, que mesmo tão pequenos, compreendem e me alimentam com seus sorrisos.

AGRADECIMENTO

À minha família, em especial às minhas “Olgas”, pelo apoio e amor no cuidado com meus filhos nos períodos de ausência.

À minha orientadora, Maria Lucia, exemplo de pessoa e profissional.

Às professoras da banca, Neide Murofuse, Manoela de Carvalho e Regina Gil pelas importantes contribuições.

Às professoras do mestrado, que compartilharam de seus conhecimentos, contribuindo para meu crescimento intelectual e profissional.

Aos profissionais de saúde que participaram como voluntários, pela hospitalidade, simpatia e confiança.

Aos meus colegas de trabalho, “trabalhadores da saúde”, pela compreensão e motivação nos momentos de estudo.

Aos meus colegas de turma, pela amizade e companheirismo.

RESUMO GERAL

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa documental e de campo. Teve por objetivo analisar a gestão do trabalho nos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná, além disso, buscou identificar características da rede hospitalar e dos profissionais de saúde do nível técnico e superior. A primeira parte da pesquisa realizou-se através da coleta de dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em abril de 2014, foram identificados os hospitais da região, bem como todos os profissionais de saúde que atuam nestas unidades. Entre os principais resultados tem-se que nos 13 hospitais 84,62% (11) eram privados e 61,54% (8) de pequeno porte. Identificaram-se 2.307 ocupações de trabalho, destas 57,91% (1.336) eram de nível superior; 77,42% (1.786) localizados em Foz do Iguaçu (sede da regional de saúde); 69,27% (1.598) dos vínculos de trabalho classificaram-se como precários; 23,50% (376) apresentavam mais que uma ocupação. Em relação à segunda etapa, a pesquisa de campo, ocorreu por meio de questionário semiestruturado preenchido pelo próprio pesquisador em encontro presencial no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015, no local de trabalho dos sujeitos. Foram entrevistados 116 profissionais de saúde, sendo 52,59% (61) de nível superior e 47,41% (55) de nível técnico, com formação específica em saúde. As questões abordaram aspectos sócio-demográficos, de formação, gestão do trabalho (forma de ingresso, tipo de vínculo, plano de carreira, cargos e salários, programa de avaliação e outras formas de avaliação de desempenho, progressão e promoção na carreira, pagamentos de gratificações e incentivos) educação permanente e participação política dos entrevistados. Entre os resultados destacam-se: idade média de 38,20±14,73 anos; gênero feminino 72,41% (84); residentes em Foz do Iguaçu 70,69% (82); pertencentes ao pessoal de enfermagem 60,34% (70). O processo seletivo foi a principal forma de ingresso (56,43%), a maioria dos vínculos eram protegidos, tanto no nível técnico (95,84%) como no nível superior (60,30%). O profissional médico é o que apresentou mais vínculos desprotegidos (100%), mais de um vínculo empregatício (84,61%) e maiores remunerações. Em relação aos demais aspectos da gestão do trabalho analisados, identificou-se nas respostas dos profissionais a avaliação de desempenho (25,71%), progressão e promoção na carreira (34,28%), pagamentos de gratificações (13,57%) e pagamentos de incentivos (29,29%). A educação permanente ocorria de maneira esporádica em apenas 50% dos casos, com predomínio para o nível técnico (40%). Como conclusão salienta-se a existência de uma rede hospitalar composta por instituições de pequeno porte, de natureza privada, número de leitos tanto gerais como complementares abaixo do preconizado, força de trabalho dividida entre profissionais médicos e da equipe de

enfermagem e ausência de Plano de Carreira, Cargos e Salários nos hospitais. Recomenda-se uma maior regulação do Estado na gestão do trabalho nos hospitais, independente da titularidade ser pública ou privada, uma vez que todos atuam na prestação de serviços de saúde, os quais são considerados pela Constituição Federal como de relevância pública.

Palavras-chaves: Recursos Humanos em Hospital; Gestão em Saúde; Força de trabalho em saúde.

GENERAL ABSTRACT

This study is characterized as a documentary and field research. It has as an objective to analyze the work management in hospitals of the 9th of Paraná Health Region, moreover, it tried to identify characteristics of the hospital network and health professionals in the technical and professional level. The first part of the research took place through the data collection in the National Health Facilities Register in April 2014, hospitals in the region were identified, as well as all health professionals who work in these units. Among the main results, in the 13 hospitals, 84.62% (11) were private and 61.54% (8) were small. It was identified 2,307 working occupations, from which 57.91% (1,336) were of higher education; 77.42% (1786) located in Foz do Iguaçu (health regional headquarters); 69.27% (1598) of the linkages work were classified as poor; 23.50% (376) had more than one occupation. Regarding the second step, the field research was carried out through semi-structured questionnaire filled out by the own researcher in meetings from November 2014 to February 2015, in the workplace of the subjects. It was interviewed 116 health professionals, from which 52.59% (61) were of a higher level and 47.41% (55) technical level, with specific training in health. The questions addressed socio-demographic aspects, training, work management (order of entry, type of relationship, career plans, jobs and salaries, program evaluation and other forms of performance assessment, progression and career promotion, payment bonuses and incentives) continuing education and political participation of the interviewed. Among the results it stood out: average age of 38.20 ± 14.73 years; female 72.41% (84); residents in Foz do Iguaçu 70.69% (82); belonging to the nurse staff 60.34% (70). The selection process was the primary form of entrance (56.43%), most of the bonds were protected, both in technical (95.84%) as the top-level (60.30%). The medical professional is the one with most unprotected bonds (100%), more than one job (84.61%) and higher salaries. Regarding the other aspects of the analyzed work management, it was identified in the professional responses the performance evaluation (25.71%), progression and career promotion (34.28%), bonus payments (13.57%) and incentive payments (29.29%). Lifelong learning occured sporadically in only 50% of cases, predominantly technical level (40%). As a conclusion it is noted that there is a hospital network of small institutions, from private nature, with a number of beds both general or complementary below recommended, divided workforce between doctors and nursing staff and lack of plan career, jobs and salaries in hospitals. It is recommended a greater regulation of the government in labor management in hospitals, regardless the ownership being public or private, since all are active in

providing health services, which are considered by the Federal Constitution as a public relevance.

Keywords: Personnel, Hospital; Health Management; Labor force.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS 13
LISTA DE SIGLAS 15
INTRODUÇÃO GERAL 17
REVISÃO GERAL DE LITERATURA 22
1. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM GERAL 23
2. ESPECIFICIDADES DO TRABALHO NO SETOR SAÚDE 26
3. A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE E OS IMPACTOS DA .....
REESTRUTURAÇÃO 28
4. A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE 34
5. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS HOSPITAIS 39
6. OS HOSPITAIS NO CONTEXTO NACIONAL 46
6.1 Características e distribuição da rede hospitalar 50
ASPECTOS METODOLÓGICOS 55
1. TIPO DE PESQUISA 55
2. POPULAÇÃO E AMOSTRA 55
3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 56
4. ANÁLISE DOS DADOS 57
5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 57
REFERÊNCIAS 58
ARTIGO 01: REDE HOSPITALAR E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA 9ª REGIÃO DO PARANÁ 67
ARTIGO 2: GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ 83
APÊNDICE A: Questionário 107
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: 114

ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos 115

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Características dos hospitais de acordo com a cidade sede, porte do município, esfera administrativa, natureza da organização e leitos, em relacão ao porte dos hospitais. 9ª Região de Saúde do Paraná, 2014……..... 74

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..... 76

TABELA 3 Distribuição de profissionais de saúde e leitos hospitalares segundo a cidade, porte do município, tipo de vínculos e jornada de trabalho de. Hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná, 2014..... 77

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……..... 78

TABELA 1 Número e porcentagem dos profissionais de saúde, segundo o gênero, município de residência, nível de formação e profissão. Hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, 2015..... 89

TABELA 2 Forma de ingresso, tipos de vínculos e educação permanente em hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação, 2015..... 92

TABELA 3 PCCS e mecanismos de gestão do trabalho em hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação,

	2015.....	97
TABELA 4	Pagamento de gratificação ou incentivos em hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação, 2015.....	99
TABELA 5	Forma de ingresso, tipos de vínculos, PCCS, educação permanente, gratificações e incentivos nos hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o porte dos hospitais, 2015	101

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
AMS – Assistência Médica Sanitária
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CRTS - Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
FTS - Força de Trabalho em Saúde
GM – Gabinete do Ministro
GPPS - Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística
MS - Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PAMs - Postos de Atendimentos Médico
PEA – População Economicamente Ativa
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PLR - Participação dos Lucros e Resultados

PNRHS – Programa Nacional de Recursos Humanos em Saúde

PRH – Política de Recursos Humanos

RH – Recursos Humanos

RHS – Recursos Humanos em Saúde

RS – Região de Saúde

SEGTS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

INTRODUÇÃO GERAL

Questões relacionadas à força de trabalho em saúde têm sido objeto de preocupação das instituições, dos movimentos sanitários e dos gestores da saúde há décadas, tanto em nível nacional como internacional. Em nível internacional, desde a década de 1950 este assunto tem sido abordado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou este tema por meio do “Chamado à Ação de Toronto para uma década de Recursos Humanos em Saúde (2006-2015)”, reconhecendo, assim, uma relação direta entre a atuação dos trabalhadores com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Com a colaboração dos trabalhadores da saúde os serviços são implantados, desenvolvidos e gerenciados, não apenas como procedimentos técnicos, mas como um processo social. O trabalho em saúde possui características particulares, implica em uma relação muito próxima entre o profissional e o usuário, expressado por situações de interdependências (OPAS, 2006).

O desenvolvimento das ações é realizado “[...] coletivamente, e a abstração da finalidade/intencionalidade do processo de trabalho tende a ser elaborada a partir do que os agentes do trabalho identificam como necessidade de transformação do objeto de trabalho” (NUNES et al., 2006, p. 510). Isso permite certa autonomia do profissional no processo de trabalho, que nem sempre consegue atingir as expectativas e necessidades dos usuários. O sucesso do trabalho final depende desta inter-relação entre a satisfação das necessidades dos profissionais e dos usuários, interferindo diretamente na qualidade dos serviços prestados.

No Brasil, o trabalho em saúde se desenvolve inserido em um sistema organizado em níveis de atenção (primário, secundário/especializado e terciário/hospitalar), os quais devem ser distribuídos adequadamente em regiões de saúde, a partir de uma lógica de fluxo de atendimento que favoreça o acesso, a resolutividade e a integralidade da atenção (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Nessa lógica organizativa a Atenção Básica (AB) deve resolver cerca de 85% dos problemas de saúde e ordenar o fluxo dos usuários para os demais níveis de atenção, que devem ser utilizados apenas quando necessário, uma vez que são de maior custo, maior aporte tecnológico e oferecem maiores riscos aos pacientes (MENDES, 2011). Porém, o que se observa na prática, é uma AB não resolutiva, com desarticulação entre os níveis de atenção, supervalorização dos serviços mais especializados e superlotação da rede pública prejudicando a população e negando o direito à saúde aos cidadãos.

O hospital, como parte do sistema de saúde, oferece assistência altamente especializada para o diagnóstico e tratamento de doenças e agravos, com a participação de diferentes profissões e o predomínio do modelo clínico e da fragmentação do cuidado. Construído, historicamente, em uma rede hierárquica e de dependência tecnológica (PIRES, 2008; OSÓRIO et al., 2011).

Alguns desafios referentes à organização, à gestão e a produção do cuidado se destacam no âmbito hospitalar, entre estes, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, a oferta e consumo de novas tecnologias e medicamentos, o modelo assistencial que dificulta a integralidade do cuidado e as distorções relativas ao processo de planejamento e ao financiamento do setor de saúde, impactando na oferta de leitos e no próprio cuidado realizado (AZEVEDO et al., 2010).

A estrutura burocratizada e multiprofissional dos hospitais envolve fatores organizacionais, evidenciados no estabelecimento de referências de acordo com sua especialidade e posição nas redes de atenção; fatores educacionais, pelo caráter de ensino e pesquisa, sendo um espaço de aprendizagem para diferentes profissões da área; financeiros, a partir dos altos investimentos necessários, gerando gastos públicos elevados; políticos, de forma a subsidiar estratégias do governo, de acordo com suas necessidades; e, social, pela dificuldade de acesso

de parte da população e baixa qualidade destes serviços, contribuindo para a insatisfação dos usuários, pressões políticas e sociais (BRASIL, 2011a).

Em nível nacional, a atual configuração da rede hospitalar, desigual em relação à distribuição e recursos tanto tecnológicos como humanos, torna o acesso da população a estes serviços profundamente desigual, agravando seu impacto social. Nesse contexto, a inter-relação e integração entre estas dimensões tornam ainda mais complexa e desafiadora a gestão hospitalar (BRASIL, 2011a).

O mercado de trabalho em saúde no Brasil está inserido em um sistema integrado e complexo, com característica universal, ou seja, com a promessa de atender toda a população. Apresentou um crescimento importante do contingente de trabalhadores, especialmente entre as décadas de 1980 e 1990, tornando-se um dos setores mais importantes da economia (MACHADO, 2008).

O macrossetor saúde emprega 5.064.697 pessoas no ramo formal, de acordo com os dados das Relações Anuais de Informações Sociais de 2010. Destas, 17,75% encontram-se no atendimento hospitalar, destacando-se como uma das maiores unidades produtivas (BRASIL, 2012).

Segundo pesquisa realizada pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina de São Paulo sobre o perfil médico demográfico no Brasil, a distribuição desses profissionais acompanha a dos odontólogos e a das equipes de enfermagem, que se concentram nos grandes centros, destacando-se a região sudeste. Apresenta relação direta com os serviços de saúde, assim, os municípios que apresentam um maior número de serviços são os que têm a maior quantidade de profissionais, reforçando as desigualdades regionais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2013).

A tendência decorrente do crescimento do emprego pela expansão da cobertura, diversificação e ampliação dos serviços, reforçado pelo envelhecimento populacional, em uma situação de subfinanciamento para o setor da saúde, tem se traduzido em uma deterioração dos contratos e das relações de trabalho no complexo da saúde (DEDECCA; TROVÃO, 2013).

Esta situação associada ao impacto da reestruturação produtiva, que trouxe como consequência a precarização do trabalho com a diminuição dos direitos sociais, repercutiram na gestão do trabalho, no que diz respeito às formas de

ingresso, plano de carreira, cargos e salários, e desalienação do trabalho, e se destaca como uma das principais dificuldades para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta maneira, a gestão do trabalho em saúde se apresenta como um tema relevante, tanto pelas características do trabalho neste setor, como pelas mudanças ocorridas nas últimas décadas, que incorporou a lógica da gestão empresarial no setor, agravando as condições de trabalho. Práticas como o desvio de função, duplas ou triplas jornadas de trabalho, vínculos sem proteção social, e poucos ou inexistentes espaços de negociações, são algumas das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde, tanto no setor privado como no público (BRASIL, 2005a).

Com base nestas reflexões, definiu-se como objetivo geral da pesquisa: Identificar como vem ocorrendo a gestão do trabalho nos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná. Considerando-se para tal o processo de reestruturação produtiva e sua influência na força de trabalho em saúde.

Esta pesquisa é um recorte do projeto “Força de Trabalho em Saúde: Estrutura, Dinâmica e Tendência na Macrorregião Oeste do Paraná”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais (GPPS) da UNIOESTE/Cascavel, com apoio financeiro da Fundação Araucária e em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, 10ª Região de Saúde e Secretária Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

A apresentação do trabalho está estruturada da seguinte forma: na primeira parte, por meio de revisão geral da literatura, apresentamos os principais conceitos que servirão de referência na análise e interpretação dos dados, quais sejam: as características do trabalho em geral, as especificidades do trabalho no setor saúde, a força de trabalho em saúde e os impactos da reestruturação produtiva, os hospitais e a gestão do trabalho.

Na segunda parte, são apresentados dois artigos, o primeiro, intitulado “Força de Trabalho na Rede Hospitalar da 9ª Região de Saúde do Paraná” que teve por objetivo analisar a rede hospitalar e as ocupações de saúde nos hospitais desta região, e o segundo, “Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª Região de

Saúde do Paraná", o qual buscou identificar o perfil dos profissionais que atuam nestas unidades hospitalares e analisar aspectos da gestão do trabalho.

REVISÃO GERAL DE LITERATURA

Nesta parte do trabalho serão expostos os conceitos que irão fundamentar a análise dos dados da pesquisa. São noções que advêm de correntes teóricas que buscam não só descrever, mas encontrar explicações para os problemas da sociedade, neste caso, problemas relacionados ao trabalho no campo da saúde.

Com este intuito, os temas elegidos foram: características do **trabalho** e sua importância como atividade transformadora das relações sociais; as singularidades do trabalho no **setor saúde** e as modificações na gestão da **força de trabalho**, entre elas, a desregulamentação e a fragilização dos vínculos de trabalho; a evolução histórica e a atual posição dos **hospitais** nas redes de atenção à saúde; e como tema central a problematização e desafios inerentes à **gestão do trabalho** que provocam impactos nos trabalhadores, serviços prestados e na saúde de toda a população brasileira.

1. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM GERAL

O trabalho caracteriza-se por ser uma atividade exclusiva do homem, sendo esta coletiva, planejada e orientada para produzir valores, a partir da apropriação da natureza, satisfazendo assim, as necessidades humanas. Constitui-se em uma relação mediada entre o sujeito e o objeto, que se estabelece pela objetivação do executor. A partir desta interação, há uma transformação mútua, em que tanto o objeto se modifica como o próprio trabalhador, ou seja, o trabalho implica numa transformação não somente da natureza, mas da sociedade, afetando seus sujeitos e sua organização ao longo da história e constituindo a humanidade como tal (PAULO NETTO, 2010).

Ramos (2007) coloca que o trabalho tem uma dupla determinação, a ontológica, por ser inerente à vida humana, independentemente do modo como se manifesta, e a histórica, a partir das organizações sociais e inter-relações construídas. Assim, o trabalho se diferenciou ao longo da história passando do primitivo, servil, escravo, ao assalariado, sendo este próprio do modo de produção capitalista.

O trabalho possui caráter concreto quando nos reconhecemos no seu produto, sendo elaborado a partir de uma necessidade, por meio de uma relação entre o homem e a natureza, como atividade que cria valor de uso, a utilidade. Já o trabalho abstrato, se contrapõe ao trabalho concreto, sendo aquele voltado para a troca dos produtos, consiste na produção de mercadorias, se destacando pela divisão entre os meios de produção e a força de trabalho, ou seja, a divisão social do trabalho que o torna alienado, evidenciada pela dissociação entre valor de uso e valor de troca (RAMOS, 2007; NAVARRO; PADILHA, 2012).

No avanço da sociedade capitalista a utilidade do produto (valor de uso) acaba cedendo espaço para o trabalho abstrato (valor de troca), evidenciado pela descartabilidade precoce, induzida pelo aumento da produtividade, independente da qualidade e necessidade dos produtos (NAVARRO; PADILHA, 2012).

> Sob a condição da separação absoluta do trabalho, a alienação assume a forma de *perda de sua própria unidade: trabalho e lazer, meios e fins, vida pública e vida privada*, entre outras formas de

> disjunção dos elementos de unidades presentes na *sociedade do trabalho*". (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 348, grifo do autor).

O trabalho alienado fortalece o sistema capitalista de produção, pois possui alicerces como a propriedade privada que se traduz na dominação de uma classe sobre a outra. A divisão do trabalho em tarefas repetitivas e fracionadas impede a compreensão de todo o processo produtivo com a equiparação do trabalhador a uma mercadoria. Este é utilizado apenas como um elemento de trabalho, cuja força de trabalho pode ser comprada, vendida ou mesmo descartada conforme o mercado exige. Este tipo de trabalho impede o desenvolvimento das potencialidades e torna o trabalhador alheio e indiferente ao seu próprio produto (LUZ; BAVARESCO, 2010).

Nesta perspectiva, a sociedade se divide em duas classes antagônicas: trabalhadores, identificados pela exploração de sua força de trabalho e capitalistas, detentores dos meios de produção, sendo seu principal objetivo a acumulação. Esta divisão não faz parte da história natural, mas se configurou a partir do modo de produção capitalista, que subsidia um trabalho parcelado e subordinado, com o objetivo de aumentar a produtividade (RAMOS, 2007).

A classe trabalhadora compreende a

> [...] totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho, não se restringido aos trabalhadores manuais diretos, incorporando também a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário. (ANTUNES; ALVES, 2004, p.342).

A forma de se estruturar a classe trabalhadora modificou-se desde o proletariado industrial do século XIX, para uma conformação mais fragmentada, heterogênea e complexificada. Segundo Antunes e Alves (2004), as principais tendências, no que se refere ao trabalho no capitalismo, são:

- Aumento das formas desregulamentadas de trabalho, diminuindo o número de empregos formais.
- Crescimento dos terceirizados, subcontratados, *part-time*[1], entre outras formas semelhantes de contratos.

[1] Refere-se aos empregos com jornadas de trabalho reduzidas, e consequentemente benefícios e salários menores.

- Aumento do trabalho feminino, principalmente no universo do trabalho informal, apresentando remuneração, em média, inferiores a dos homens, ocorrendo igualmente na relação aos direitos sociais e do trabalho.
- Expansão dos assalariados médios no setor de serviços, que vem absorvendo intensamente a racionalidade do capital e a lógica do mercado.
- Crescente exclusão dos jovens e idosos, aumentando as filas do desemprego e os trabalhos precários, paralelamente à exploração da mão de obra infantil.
- Expansão do "terceiro setor"[2], assumindo um papel de alternativa ocupacional e funcional ao mercado, ao incorporar trabalhadores desempregados. Constitui-se principalmente por empresas sem fins lucrativos e trabalhos voluntários, que se desenvolvem as margens do mercado.
- Aumento do trabalho em domicílio, desconcentrando o processo produtivo, expandindo as formas de flexibilização e precarização do trabalho.
- Transnacionalização do capital e de seus sistemas produtivos, ampliando as fronteiras com a reorganização das indústrias, com ênfase nos produtos importados e internacionalizando as ações dos trabalhadores.

Estas alternativas visam o aumento dos lucros e tornam o trabalhador mais vulnerável às condições precárias de trabalho. Segundo Chiavegato Filho e Navarro (2013) o processo de reestruturação produtiva decorrente da crise do capital, pelo avanço da lógica financeira sobrepondo-se ao da produção, vem se acentuando, afetando tanto a organização como as condições de trabalho, desequilibrando a relação capital-trabalho. Isto porque, os trabalhadores são considerados como um custo, devendo se adaptar de acordo com as necessidades do mercado e pela desarticulação dos coletivos do trabalho.

[2] Utilizado para identificar entidades da sociedade civil com fins públicos e não lucrativos.

2. ESPECIFICIDADES DO TRABALHO NO SETOR SAÚDE

O trabalho no setor saúde caracteriza-se pela geração de produtos não materiais, completa-se em sua realização, e seu produto é indissociável do processo que o produz. Além disso, é menos suscetível à racionalização técnica e organizacional, ou seja, na sua maioria, não pode ser substituído por um equipamento, se configurando como um setor de uso intensivo de mão-de-obra (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2013; PIRES, 2008; VARELLA; PIERANTONI, 2008).

> O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida. (PIRES, 2008, p.161).

O objeto do trabalho é o próprio ser humano que interage com o trabalhador, o processo de produção depende de uma cooperação mútua, formando uma unidade entre a necessidade social geradora do trabalho e o objeto (MACHADO; CORREA, 2002).

Segundo Nogueira (acesso em 10 nov. 2013) os serviços de saúde possuem processo de trabalho, mas não de produção de valor, nem de mais-valia.

> O resultado dos serviços não é algo dotado de maior valor do que os elementos participantes de sua prestação, ao contrário da produção capitalista de mercadorias. A dimensão econômica dos serviços cinge-se à realização do valor de algumas mercadorias: força de trabalho e seus meios técnicos de ação. Essas características justificam o enquadramento dos serviços de consumo no setor mercantil da sociedade, oposto e complementar ao setor que produz mercadorias. (NOGUEIRA, acesso em 10 nov. 2013, p. 14).

Outra característica inerente ao trabalho em saúde decorre da natureza coletiva, em que diversas categorias e indivíduos atuam e compartilham conhecimentos em um mesmo espaço (NOGUEIRA, 2000). Exige uma intensa e crescente especialização dos trabalhadores, agregando diferentes formas de

organização quanto ao processo de trabalho, de uso de tecnologias, de espaços e de ambientes. A crescente inovação tecnológica não suprime o uso do trabalho humano, mas exige maior grau de preparação dos profissionais (SOUZA, 2010).

O trabalho em saúde diferencia-se de algumas profissões pela integração entre os aspectos intelectual e manual, visto que, os trabalhadores que detém a técnica também realizam a prática, como, por exemplo, o ato cirúrgico, porém, é fragmentado, com tendência à adoção da lógica industrial, com incorporação de novas tecnologias e diversidades de serviços, tanto do trabalhador como do consumidor, intensificando a situação de alienação (NOGUEIRA, 2000).

O desenvolvimento tecnológico e a crescente especialização repercutem no processo de trabalho em saúde orientando os profissionais para os procedimentos e não para a real necessidade do paciente, impactando negativamente na qualidade da relação entre o profissional de saúde e o paciente. Além disso, a crescente expectativa do usuário pelos benefícios nos serviços de saúde contraposta ao acesso restrito, forma encontrada para reduzir os custos, geram insatisfações nos usuários aumentando os conflitos neste campo de trabalho (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Neste cenário, o profissional de saúde tem sido alvo de críticas em relação aos procedimentos técnicos e comportamentais, porém, o que muitas vezes não se identificam são as péssimas condições de trabalho e aos salários a que são sujeitados, fatores estes que também têm contribuído para o prejuízo no cuidado.

3. A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE E OS IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

O mercado de trabalho e os profissionais de saúde, segundo Mediei et al. (1992) podem ser analisados de duas formas. A primeira, a partir do conceito de *força de trabalho*, termo originário da economia-política relacionado ao fenômeno demográfico e macroeconômico inerente a avaliação das características como idade, sexo, jornada de trabalho, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho, assalariados, entre outros. Já o termo *recursos humanos* termo proveniente da administração e, referenciado principalmente, como planejamento em saúde e mercado de trabalho.

A Força de Trabalho em Saúde (FTS) diz respeito à População Economicamente Ativa (PEA), ou seja, ocupados e desocupados, que direta ou indiretamente atuam na prestação de serviços e atividades de saúde (GIRARDI; MASS, 2011). Tais autores dividem o conjunto dos trabalhadores da saúde em profissionais de saúde e outros trabalhadores da saúde, sendo:

> i. Profissionais de saúde: trabalhadores com formação ou capacitação específica em saúde, ocupados ou procurando trabalho em serviços e atividades de saúde ou em outros setores da economia;
> ii. Outros trabalhadores da saúde: trabalhadores sem formação ou capacitação específica em saúde, ocupados ou procurando trabalho em serviços e atividades de saúde. (GIRARDI; MASS, 2011, p.7).

A FTS caracteriza-se pelo predomínio de mulheres, pela pequena representatividade dos negros e pela idade dos sujeitos ser maior que 25 anos (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2006).

Ao analisar a distribuição, no âmbito nacional, os profissionais de saúde, médicos, odontólogos e equipes de enfermagem apresentam-se irregularmente distribuídos, se concentram nas cidades que apresentam melhores condições de infraestrutura, financiamento público e privado, estabelecimentos de saúde, remuneração, carreira e melhor qualidade de vida, reforçando as desigualdades

regionais. O Brasil possui 400 mil médicos, com taxa de dois médicos por mil habitantes, e segundo projeções estes profissionais continuarão nos locais de maior renda (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

Rotineiramente, utilizam-se como parâmetros da necessidade da força de trabalho, as escalas de profissional/habitante, a necessidade da população de acordo com o perfil epidemiológico, a demanda pelos serviços e os resultados por metas de produção (CARVALHO, 2012).

Porém, como parte essencial na distribuição da força de trabalho se destaca o processo de planejamento, e este deve incluir atividades de caráter estratégico e gerencial, com a avaliação das transformações internas e externas, mercado de trabalho, formação profissional e criação de estratégias para o desenvolvimento pessoal e profissional (BRASIL, 2007).

Carvalho, Santos e Campos (2013, p. 384-385) destacam ainda que:

> [...] além do conhecimento técnico, o processo de planejamento da FTS, ou a possibilidade de planejá-la, de acordo com as necessidades e os direitos sociais, está condicionado, entre outros fatores, ao modelo vigente de atenção à saúde, à resistência ou ao apoio de determinados sujeitos e grupos de interesses relacionados ao tema, que conseguem fazer prevalecer suas concepções sobre quais necessidades serão priorizadas, além de estar condicionado a determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, pois o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores da saúde estão articulados a escolhas políticas e a valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde.

Desta maneira, se amplia a discussão sobre como distribuir os profissionais de saúde em todo o território nacional, tema recente com a implantação, por exemplo, do programa “Mais Médicos”, que buscou profissionais de outros países para suprir as necessidades brasileiras com soluções de caráter imediato.

No campo político, nacionalmente, os governos eleitos a partir de 1989 utilizaram estratégias de liberação comercial e externa, o que proporcionou prejuízos a todo mercado de trabalho, não somente o da saúde (DEDECCA, 2006), gerando transformações na organização e funcionamento do trabalho, a partir da diminuição do Estado em sua base social, estimulado a suprir as necessidades impostas pelo capital, influenciando a força de trabalho (SOUZA, 2010).

As reformas neoliberais implementadas na grande maioria dos países ocidentais, sobretudo os periféricos, decorrentes da reorganização do capitalismo em nível global, desregulamentou as relações de trabalho, fragilizando os vínculos empregatícios e os mecanismos de controle das relações trabalhistas, facilitando os trabalhos "flexíveis[3]", como contratação de cooperativas, utilização de acordos de cooperações com organizações sociais, entre outros, apresentando soluções emergenciais para limitar os custos institucionais e aumentar a produtividade do trabalho (BARALDI et al*.,* 2008).

Segundo Souza (2010):

> [...] A potencialização do uso da força de trabalho como recurso para aumento da produtividade vem resultando efetivamente na redução do custo do trabalho e na degradação deste. A força de trabalho é atingida de forma impiedosa por uma lógica que exige mecanismos flexíveis para gerenciar o processo de produção de bens e serviços num contexto de uma economia mundializada (SOUZA, p.337, 2010).

Estas medidas ao invés de melhorarem as condições de trabalho visam diminuir os custos, repercutindo na redução da proteção social e na desvalorização dos trabalhadores em todos os setores da economia.

As práticas neoliberais ainda incluem redução do financiamento para as áreas sociais, dependência da área econômica e de agências internacionais e o processo de privatizações com repercussões para as áreas de segurança, saúde e educação (MACHADO, 2002; ALMEIDA, 2007).

A constituição da precariedade e o processo de precarização do trabalho são reflexos desta nova estatalidade. "A *precarização* é um processo social de conteúdo histórico-político concreto, de natureza complexa, desigual e combinada, que atinge o mundo do trabalho [...]" (ALVES, 2007, p. 115, grifo do autor).

Já a flexibilização decorrente da precarização do trabalho, além de diminuir direitos e aumentar a exploração da força de trabalho, por meio do alto grau de extração sobre o trabalho de contingentes operários e empregados da produção

[3] Trabalho flexível envolve várias práticas de trabalho, que incluem tanto horas de trabalho flexível, locais flexíveis, como também as formas de contrato de trabalho.

social, se explicita através do crescente contingente de trabalhadores desempregados supérfluos à produção do capital (ALVES, 2007).

"A *precariedade* se trata de uma condição sócio-estrutural que caracteriza o trabalho vivo e a força de trabalho como mercadoria [...]" (ALVES, 2007, p. 115, grifo do autor), influenciando aqueles que não apresentam o controle dos meios de produção, ou seja, os trabalhadores.

Apesar de ir contra as determinações legais e aumentar a flexibilização, os sindicatos, com a ameaça do desemprego, aceitaram alguns acordos como remuneração por resultados, banco de horas, contenção dos planos de cargos e salários, redução dos salários e do incremento do trabalho aos domingos. As flexibilizações da regulação do trabalho repercutiram na flexibilização concomitantemente de direitos como, contratos por tempo parcial ou determinado, diminuição das contribuições sociais, diminuição da fiscalização sobre os contratos de trabalhos e os contratos de serviços de natureza pessoa jurídica, desenvolvendo novas formas de contratação, porém, sem proteção social (DEDECCA, 2006).

No setor saúde brasileiro também foram observados impactos quanto às relações contratuais, com o aumento dos vínculos informais, principalmente no setor público. Ao contrário dos demais setores, na década de 1990, houve uma expansão nos postos de trabalho na saúde, a partir da definição da saúde como direito e da consequente universalização do acesso, sobretudo em nível de Atenção Básica (AB) e a partir da descentralização da gestão do sistema para o âmbito municipal. Mas os gestores do SUS defenderam formas de contratações terceirizadas e cooperativas, com o objetivo de fortalecer a governabilidade e melhorar a qualidade dos serviços prestados (VARELLA; PIERONTANI, 2008).

Durante os anos 2000, observou-se uma tendência de maior formalização dos contratos de trabalho pelo aumento de empregos com carteira assinada (MARTINS; MOLINARO, 2013). Além disso, na tentativa de minimizar as flexibilizações instituídas, a partir de 2003, o governo passou a se pautar em uma política pontuada em medidas como:

> [...] retomada da política de fiscalização sobre os contratos de trabalho, as ações voltadas para a coibição dos abusos na adoção da Participação dos Lucros e Resultados (PLR) e do banco de

> horas, a implementação de uma política de valorização do salário mínimo, a preparação da reforma sindical com o objetivo de fortalecer a organização dos trabalhadores e a negociação coletiva, a adoção da agenda da OIT[4] sobre trabalho decente e a discussão para restringir o trabalho nos fins de semana. (DEDECCA, 2006, p. 11).

Além disso, outros indicativos podem ser apontados como políticas voltadas para a desprecarização dos trabalhadores do SUS, como o Ministério Público exigir dos estados e municípios o cumprimento do princípio constitucional de ingresso no serviço público através de concurso (VARELLA; PIERANTONI, 2008). O Ministério da Saúde reconhece que a precarização mediante determinadas formas de contratação implica na fragilização da qualidade e do comprometimento dos serviços prestados (FARIA; DALLBELO-ARAÚJO, 2011), uma vez que, dificulta o estabelecimento de vínculo dos trabalhadores com a população e com a própria equipe de trabalho.

Na contramão destas iniciativas, um dos temas em destaque atualmente no Congresso Nacional é a terceirização, que segundo Alves (2014), se tornou a forma mais evidente da flexibilização da legislação brasileira.

Os governos eleitos a partir de 2003 buscaram alternativas de manutenção do modo de produção capitalista, o que não resultou em uma condição mais favorável aos trabalhadores, como descrito por Alves (2014, p.1):

> [...] os governos neodesenvolvimentistas (2003 – 2014) seguindo a lógica do capitalismo adequaram-se, em nome da governabilidade, à lógica do capitalismo flexível. Um dos traços do *lulismo* foi não confrontar o capital, buscando, deste modo, garantir os investimentos necessários para o crescimento da economia brasileira. Por isso, apesar do aumento do gasto público com as políticas sociais de transferência de renda (Bolsa-Família, Minha Casa Minha Vida, etc.) e a política de valorização do salário mínimo, que contribuíram para a redistribuição de renda e a diminuição da desigualdade social no Brasil, manteve-se e incrementou-se na era do neodesenvolvimentismo a nova dinâmica de acumulação capitalista baseada na acumulação flexível.

Para compreender os impactos da terceirização, identificou-se na pesquisa da CUT/DIEESE de 2014 que em relação à remuneração os terceirizados recebem 24,7% menos, apresentam jornadas de trabalho de 3 horas semanais a mais (sem contabilizar horas extras e banco de horas), além disso, enquanto o tempo de

[4] OIT - Organização Internacional do Trabalho

emprego para os contratados diretos é de 5,8 anos, para os terceirizados é de apenas 2,7 anos.

A terceirização se opõe às iniciativas de valorização do trabalho e do trabalhador, ressurgindo pelos setores conservadores nas discussões do Congresso Nacional pelo Projeto de Lei 4330/2004. Segundo Maria da Graça Druck, o Brasil vive uma “epidemia” de terceirização, com destaque para o setor público da saúde nos últimos anos, aumentando a precarização. Estas transformações das relações de trabalho seguem um movimento internacional, o qual obedece à lógica financeira e trazem como consequência mudanças nos tipos de empregos e de vínculos que se tornam provisórios, acarretando em uma instabilidade e insegurança dos trabalhadores (SOVERAL, 2013).

Como consequência da desregulamentação da força de trabalho, Souza (2010, p. 342) refere que facilita:

> [...] a desestruturação do planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a alta rotatividade, a inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários.

A qualidade dos serviços em saúde sofre a influência desta inter-relação entre a satisfação das necessidades dos profissionais e dos usuários. Mas as condições nas quais o profissional se encontra, como a crescente heterogeneidade e instabilidade das formas de contrato, trazem um maior prejuízo para esta relação (DEDECCA; TROVÃO, 2013).

4. A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

O conceito da gestão do trabalho surgiu da crítica ao termo Recursos Humana (RH) que teve origem na administração, absorvendo o conceito de força de trabalho da economia política, referindo-se ao mercado de trabalho: emprego/desemprego, produção, renda, assalariado, e, da *sociologia*: envolvendo o trabalho, o trabalhador visto como um “ser social” e a sociedade (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004). Nesta visão, o trabalhador é percebido como sujeito ativo e transformador, o trabalho apresenta-se como um processo de troca, de criatividade e de valorização (BRASIL, 2005a).

A ordenação e formação de RH, desde a Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso III, são consideradas uma das atribuições do Sistema Único de Saúde. Na formulação da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) definiram-se dois campos, o primeiro relacionado à formação/preparação para o trabalho, e o segundo relacionado à gestão do trabalho (CAMELO, 2009).

Os principais processos envolvidos na gestão do trabalho são o recrutamento e seleção, contratação e pagamentos, através de salários e incentivos (BRASIL, 2002a). Além disso, analisa suas relações por meio de requisitos como: plano de carreira, cargos e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre

, regulamentação do trabalho com condições adequadas e desprecarizadas do trabalho”.

Ainda deve incluir:

> [...] questões relacionadas a toda a vida funcional do trabalhador desde o seu ingresso até a garantia dos direitos trabalhistas, perpassando pela sua capacitação e formação e pela sua participação nos processos de trabalho e na formulação das políticas, ou seja, a sua desalienação. (VIANA, 2013, p.100).

A gestão do trabalho sofre influência política e econômica, com dificuldades desde o recrutamento até permanência dos profissionais nos serviços de saúde,

expressados pela falta de concursos públicos, baixos salários, condições de trabalho inadequadas e alta exigência por melhora da qualidade. Tendo como algumas consequências a alta rotatividade, múltiplos vínculos e desmotivação dos trabalhadores.

Vários estudos demonstram que no setor saúde predominam os contratos precários, terceirização, sobrecarga, condições e ambientes de trabalho inadequados, flexibilização da jornada de trabalho, dificuldades na organização e relações sociais, repercutindo na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores (SANTOS FILHO, 2007; CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2013).

O trabalho precário, a partir do conceito do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) "[...] está relacionado aos vínculos de trabalhadores no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto." (BRASIL, 2006, p, 13). O emprego direto diz respeito àqueles que fazem parte da cadeia produtiva, já os indiretos são os responsáveis pela produção dos meios e insumos necessários para a elaboração do produto final. Os vínculos indiretos não possuem nenhuma proteção da legislação do trabalho.

Os vínculos que garantem a proteção social[5] são o estatutário e o celetista (BRASIL, 2006). A proteção social busca promover ações coletivas com o intuito de proteger as pessoas "[...] contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes modelos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência." (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 65). Estes riscos relacionam-se à doença, velhice, invalidez e diferentes formas de exclusão.

O trabalho precário é reconhecido como uma das dificuldades para o desenvolvimento do sistema público de saúde, pois apresenta consequências na relação entre os trabalhadores e a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2006).

Assim, o trabalho na saúde também sofre as consequências do desenvolvimento do capitalismo, gerando desemprego e desvalorização do trabalho humano, perdendo seu "valor de uso" e fazendo surgir outras

[5] A proteção social caracterizada pelos direitos trabalhistas e previdenciários.

necessidades, como novas competências para os trabalhadores e gestores. A partir disto, há uma busca para redefinir as formas de contratação e capacitação, com necessidades de especializações e aprimoramentos constantes pelos trabalhadores (ROLLO, 2009).

Algumas estratégias vêm sendo realizadas pelo Estado para aprimorar a gestão do trabalho no SUS, destacando-se, os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), reconhecendo a necessidade de políticas públicas para a reorganização dos serviços de saúde, sendo este documento reformulado e aprovado na 11ª CNS realizada em 2000, que destaca a importância do trabalho e a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e da regulação das relações de trabalho no setor saúde (CAMELO, 2009; ALMEIDA, 2007).

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Ministério da Saúde (SEGTS/MS), pelo governo Federal, em 2003 foi uma conquista importante decorrente das lutas sociais e políticas das conferências de saúde e dos trabalhadores, com o objetivo de realizar a articulação entre os setores da saúde e da educação, além de tratar da formação dos trabalhadores da saúde integrada à questão do trabalho e motivar um processo de educação permanente (ALMEIDA, 2007; CAMELO, 2009).

Em 2004 houve a criação da Comissão Especial do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS (PCCS) e da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS). No mesmo ano a Portaria nº 198/GM/MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (CAMELO, 2009; ROLLO, 2009).

Apesar destas iniciativas Brasil (2002a), já relatava sobre a complexidade e dificuldades neste campo que demandarão tempo para amenizar os conflitos e melhorar a situação dos trabalhadores da saúde, reforçado em Brasil (2005a), como questão de maior complexidade e que mais sofre desregulamentação para a implantação efetiva do SUS.

Em 2005, com o intuito de promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde nas Américas, houve a 7ª Reunião dos Observatórios de RHS, em Toronto no Canadá, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), marco de referência para a formulação e implementação dos planos de recursos humanos, com o tema “A Chamada Ação de Toronto para uma década de Recursos Humanos em Saúde 2006-2015” (OPAS 2006).

Nesta reunião foram colocados três pontos fundamentais para o investimento nos Recursos Humanos em Saúde (RHS): primeiro, deve-se considerar que estes são a base dos sistemas de saúde, sendo essenciais para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população; segundo, que o trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social, sendo assim necessário manter um equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores de saúde e dos cidadãos e, por último, que os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria dos sistema de saúde, assim o desenvolvimento destes trabalhadores não é meramente técnico mas também social, devendo ser bem distribuída, saudável, capacitada e motivada (OPAS, 2006).

No ano de 2006, houve a Criação do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (ROLLO, 2009), que tem como objetivos: operacionalizar o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), buscando propor diretrizes e um modelo para recadastramento dos trabalhos precários; identificar e monitorar as formas de precarização dos trabalhadores do SUS; estimular a realização de concursos públicos; indicar as formas legais de contratação; avaliar os impactos e propor mecanismos de financiamento; monitorar as decisões judiciais; divulgar as iniciativas da gestão do trabalho e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais (BRASIL, 2006).

Finalmente, em 2007, foi instituída uma Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde com a função de ordenar a formação de RHS em nível nacional (CAMELO, 2009).

Segundo Scherer, Pires e Schwartz (2009), as principais dificuldades da gestão do trabalho coletivo em saúde são a relação entre os sujeitos, a história das

profissões, a complexidade do trabalho coletivo institucionalizado e o cenário político e econômico influenciando as situações do trabalho.

Alguns desafios são elencados pela OMS para o desenvolvimento dos RHS, como:

> 1. Definir políticas e planos de longo prazo para a adequação da força de trabalho às mudanças previstas nos sistemas de saúde e desenvolver capacidade institucional para pô-los em prática revisando-os periodicamente.
> 2. 'Situar pessoas adequadas nos lugares devidos' atingindo uma distribuição equitativa dos profissionais de saúde nas diferentes regiões e de acordo com diferentes necessidades de saúde da população.
> 3. Regular fluxos e migrações dos trabalhadores de saúde de forma a permitir garantia de atenção de saúde para toda a população.
> 4. Gerar relações de trabalho entre trabalhadores e instituições de saúde que promovam ambientes de trabalho saudáveis e permitam compromissos com a missão institucional de garantia de bons serviços de saúde para toda a população.
> 5. Desenvolver mecanismos de interação entre as instituições formadoras (universidades, escolas) e os serviços de saúde que permitam adequar a formação dos trabalhadores de saúde para um modelo de atenção universal, equitativo e de qualidade que sirva às necessidades de saúde da população. (OPAS, 2006, p. 5-6).

O desenvolvimento das políticas voltadas para os RHS representa um resgate do trabalho em saúde e da dignidade destes profissionais, que por sua vez, auxilia na viabilização do SUS (CAMELO, 2009). A Política de Recursos Humanos (PRH) mais do que gerar mecanismos de distribuição e desprecarização dos vínculos, tem como objetivo desenvolver as propostas do SUS, portanto deve ter como base a Constituição Federal (BRASIL, 2003) e a legislação do sistema.

Porém, cabe destacar, que um condicionante central é o próprio modo de produção capitalista cujo fundamento é a exploração do trabalhador com o objetivo de aumentar a produtividade e, consequentemente, o lucro. Neste modo de produzir e reproduzir a vida, as medidas governamentais tentam minimizar os antagonismos entre o capital e o trabalho e reduzir os efeitos deletérios sobre a vida e a saúde, sempre a partir de muita pressão e luta da classe trabalhadora.

5. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS HOSPITAIS

Etimologicamente, a palavra hospital tem origem no latim *Hospitalis*, que vem de *hospes* cujo significado refere-se a hóspedes, pois se destinava a receber peregrinos, pobres e enfermos. Segundo o Ministério da Saúde (1965), o hospital tem sua origem muito antes da época cristã, divergindo em relação a outros autores que consideram seu início neste período, porém, concordam que o cristianismo impulsionou o desenvolvimento da assistência hospitalar (BRASIL, 1965).

Na era cristã, o registro mais antigo do surgimento dos hospitais data do início do século IV, após a conversão do imperador Constantino ao Cristianismo. Neste momento, os hospitais surgem associados às ordens religiosas que desenvolvem atividades de organização, administração, suporte econômico e também cuidados aos enfermos, por esta razão eram chamados de “Casas de Deus” ou “Casas de Misericórdia” (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Até o século XVII, os hospitais eram instituições de caráter religioso e destinado aos pobres, representando espaços de transição entre a vida e a morte. “O objetivo principal da assistência era espiritual, e, tanto para pacientes quanto para os que prestavam assistência, era uma oportunidade para a redenção dos pecados e a salvação da alma.” (PIRES, 2008, p. 84-85). Utilizado como um refúgio e recolhimento daqueles que necessitavam de cuidado e que as condições de doença poderiam ser prejudiciais à coletividade, era um local de exclusão social e destinado aos pobres, uma vez que os homens que tinham condições financeiras eram cuidados em domicílio (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008; COELHO, 2012; BRASIL, 1965).

Inicialmente eram sustentados pela caridade dos ricos, que faziam as contribuições com o objetivo de pagarem suas dívidas em vida e terem como benefício a garantia do seu “terreno no céu.” Na transição entre os séculos XIII e XIV, o Estado passou a complementar e posteriormente assumir os encargos da igreja, repercutindo em “uma espécie de cogestão entre os representantes do poder divino e do poder terreno.” (COELHO, 2012, p. 34).

Gradativamente, no contexto das mudanças políticas, econômicas e culturais, a assistência aos pobres passou a ser responsabilidade do Estado e das cidades, assim, os espaços hospitalares passaram a não ser exclusivos dos religiosos, tornando-se um local de estudo, investigação, tratamento e formação médica (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Ao longo dos séculos XVII e XVIII o serviço de enfermagem, no âmbito hospitalar, era prestado pelos religiosos, e os médicos quase inexistentes, exceto pela participação dos cirurgiões barbeiros. Entretanto, a crescente profissionalização dos médicos conquistou espaços antes ocupados pelos curandeiros, transformando o *status* profissional e social dos médicos e substituindo o carisma, o dom, a dedicação, a vocação e o sacerdócio dos antigos homens de igreja (COELHO, 2012).

A partir da metade do século XIX, com a decadência da hegemonia da visão metafísica do mundo e a emergência do positivismo como concepção científica e explicação do mundo, ocorreu um grande avanço dos conhecimentos em relação à saúde, especialmente nos campos da anatomia, fisiopatologia, microbiologia e imunologia. Foram inventados equipamentos que auxiliam no diagnóstico clínico e no estudo das doenças. O paradigma positivista se tornou hegemônico (PIRES, 2008).

Os espaços hospitalares passaram a ser consagrados como locais de cuidado do doente e da doença, e a medicina passou então do domicílio para o hospital (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). O processo de mudança do hospital é contemporâneo da decadência do modo de produção feudal e transição para o capitalismo (PIRES, 2008).

Assim, o hospital passou de um local onde os pobres aguardavam a morte ao abrigo da caridade pública, para ser um local de tratamento e cura para as doenças. O trabalho que anteriormente tinha o objetivo de salvar a alma passou a salvar o corpo, por meio da prática clínica. Estabelecendo-se como importante centro de pesquisa, ensino e aprendizagem, além de um local de cuidados da elite médica, consolidando uma intensa ligação deste profissional com o hospital (COELHO, 2012).

O exame físico, com interpretação de sinais e sintomas observados e monitorados junto aos leitos, se especializa, e, assim, o hospital se torna um local de quantidade e diversidade de patologias que podem auxiliar no conhecimento e formação do futuro médico. A enfermagem também apresenta profundas transformações e se profissionaliza neste ambiente. Além disso, a descoberta e utilização de novos anestésicos, a utilização de medidas de higiene e esterilização de equipamentos propicia um aumento das cirurgias e diminuição da mortalidade (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Posteriormente outras profissões como nutrição, fisioterapia, farmácia, psicologia entre outras, serão gradativamente incorporadas à equipe de saúde hospitalar.

Os médicos se tornam os detentores do saber científico e, as outras práticas não institucionalizadas passam a ser consideradas charlatanismo e bruxaria. Como resultado "[...] ocorre uma ampliação do número de especializações, resultado do parcelamento do conhecimento e do homem, que passa a ser visto e atendido segundo *os órgãos doentes*." (PIRES, 2008, p. 86-87, grifo do autor).

Concentrando as atividades em um mesmo local, a assistência à saúde resultou em um trabalho coletivo, os médicos clínicos ou cirurgiões assumiram o controle deste, atribuindo atividades aos demais profissionais (PIRES, 2008). O hospital se consolida como uma organização cada vez mais complexa e internamente ocorre uma divisão do trabalho em função do trabalho médico que se constitui como principal categoria profissional (COELHO, 2012). Até mesmo as relações de trabalho dos médicos se diferenciam dos demais, constituindo-se como liberais, enquanto que os outros profissionais, em sua maioria, se tornam assalariados (COELHO, 2012; PIRES, 2008).

A enfermagem emerge como profissão a partir de 1860, quando Florence Nightingale cria um modelo de formação e de prática assistencial que se difunde pelo mundo. Desenvolveu-se com relativa autonomia, quando comparada as demais profissões, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial realizada pelo médico (PIRES, 2008).

Os farmacêuticos, que exerciam um ofício independente, passaram por um processo de subordinação à medicina em relação à regulação do exercício e

controle do processo de formação, depois reconquistada em alguns momentos. Porém, ainda depende dos médicos para desenvolver seu trabalho, como nas farmácias hospitalares (PIRES, 2008) e na atenção primária.

A nutrição e a fisioterapia, apesar de certa autonomia no processo de cuidado no espaço hospitalar, em grande medida dependem do ato médico.

A partir dos anos de 1950, o domicilio praticamente desaparece como local de cuidado à saúde, persistindo apenas em algumas práticas de saúde pública. As atividades domiciliares retornam na década de 1980, e vem se recuperando e fortalecendo nos últimos anos, com a atuação prioritária na população idosa, crianças e pessoas com limitações (PIRES, 2008).

O avanço do setor saúde ocorreu, sobretudo, no período pós-guerra alavancado pelo contexto das condições políticas, econômicas e sociais favoráveis, com expansão das políticas sociais, configurando os chamados Estados de Bem-Estar Social (*Welfare States*). Diversos países europeus desenvolveram sistemas nacionais de saúde para garantir o acesso da população a esses cuidados, dentre estas medidas houve uma ampliação da oferta e dos recursos públicos destinado para este setor, reproduzindo e intensificando o modelo de atenção hospitalocêntrico, que colocou o hospital como o centro dos sistemas de saúde, com maior prestígio profissional, sofisticação, tecnologia, com o argumento de conforto e segurança para o paciente (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

A produção de novas tecnologias de diversos campos exigiu um aumento dos espaços, equipamentos e unidades, bem como de especialidades para realizar o suporte necessário ao consumo destas inovações. Com esta nova complexidade buscando promover a integração entre as unidades especializadas, a gestão assume posição estratégica e decisiva. Ainda que tardiamente, a gestão científica, conforme concebida por Taylor, começa a fazer parte do cotidiano do hospital (COELHO, 2012). Renovaram-se as condições de trabalho dos profissionais nos hospitais, pelo aumento da densidade tecnológica e desta maneira, o hospital se consolidou como local de cuidado de saúde e de concentração de equipamentos de alta tecnologia (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

“A medicina conquista de vez legitimidade social, e o hospital passa a desfrutar de uma outra imagem junto ao público” (BRAGA NETO; BARBOSA;

SANTOS, 2008, p. 676). Isto porque passa a ser um local que se destaca pela assistência prestada e concentração de conhecimento e tecnologia na saúde, configurando-se como modelo hegemônico de atenção à saúde até os dias atuais (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Há a consolidação das especializações médicas, mas também de ambientes e unidades especializadas, bem como das demais profissões da saúde, como enfermagem, fisioterapia entre outras. Também foram incorporadas novas disciplinas no campo da saúde, como a engenharia e a informática (COELHO, 2012).

A concentração de saberes em um mesmo espaço acarretou em um importante avanço do conhecimento, porém, repercutiu com elevados custos para os sistemas de saúde. Desta maneira começaram as preocupações frente ao financiamento e necessidades de uma gestão que contemplasse a organização hospitalar, de acordo com seu porte e complexidade (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Apesar da participação crescente dos demais profissionais de saúde, a categoria médica mantem o controle do processo de trabalho, pela autoridade técnica e social construída historicamente (NOGUEIRA, 2000). É o profissional que leva os pacientes aos serviços, para o tratamento clínico ou cirúrgico. “É um liberal em transição, pois apesar de conservar sua autonomia, em termos de relação de trabalho, depende, entretanto, na prestação de seu serviço, de trabalho e capital alheio.” (NOGUEIRA, acesso em 10 nov. 2013, p. 32).

A condição do médico se diferencia dos demais profissionais, que constituem o verdadeiro proletariado nos serviços de saúde (NOGUEIRA, acesso em 10 nov. 2013). O exercício legal de cada profissão e direitos trabalhistas delimitam as regras das práticas profissionais, porém, estas também sofrem influências das forças vigentes, para sua concretização e direitos assumidos (PIRES, 2008).

Ao final da década de 1970, o desfavorável contexto econômico redireciona as políticas de saúde para o controle dos gastos e maior atenção à eficiência e qualidade dos serviços prestados, pois o modelo consolidado torna-se inviável do ponto de vista financeiro. Como os hospitais concentram os maiores recursos

setoriais, também nestes foram implantadas as principais iniciativas, como emprego de novas formas de pagamento e racionalização da oferta de serviços. Além disso, questiona-se o modelo hospitalocêntrico que além de gerar exuberantes custos para o Estado não consegue resolver grande parte dos problemas de saúde (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Surge assim, após discussão em Alma Ata (1978) uma proposta de reorientação dos sistemas de saúde, colocando a atenção primária como a base e organizadora da rede de atenção, sendo esta a alternativa para a sustentabilidade e melhor resolutividade dos problemas de saúde. Além disto, o envelhecimento da população, e respectivo aumento das doenças crônicas justifica esta proposta que busca privilegiar a promoção da saúde e prevenção das doenças. Há uma desconcentração de recursos e procedimentos surgindo novos locais e novas modalidades de assistência, como Hospital-dia e internações domiciliares (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

No Brasil, desde a criação do SUS em 1988 observa-se um esforço das políticas públicas para mudar o modelo de atenção até então centrado no hospital, para um modelo que privilegie a AB, a prevenção e promoção da saúde, sem desconsiderar o importante papel do hospital no processo do cuidado integral.

Há uma intensa transformação no cuidado hospitalar, as internações tendem a ser cada vez em menor tempo, a ocupação de leitos de forma mais intensa diante das necessidades de redução de custos e pelas possibilidades advindas dos aparatos tecnológicos e melhores condições de avaliação e terapêutica. Diante deste novo cenário ocorre a “desospitalização”, ou seja, a diminuição do número de leitos hospitalares, fusão de hospitais e até mesmo o fechamento de algumas instituições. Desta maneira, há um novo hospital, que se integra a uma rede de serviços, voltado para a assistência de pacientes graves que necessitam de forte densidade tecnológica. Ao mesmo tempo aumenta sua responsabilidade como serviço integrado em uma rede de atenção à saúde, com regulação no acesso, como instituição de formação e investigação científica (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Uma tendência que vem ganhando força e espaço nas discussões é a internação domiciliar, modalidade de assistência que apesar de ter iniciado sua

prática ainda na década de 1950, no Brasil, somente em 2002, através da lei nº 10.424 regulamentou a assistência e a internação domiciliar no SUS. Modalidade esta, que surgiu das necessidades de diminuir custos, auxiliar na humanização da assistência, além de aumentar assim a oferta de leitos de maior complexidade (SERAFIM; RIBEIRO, 2011).

6. OS HOSPITAIS NO CONTEXTO NACIONAL

Após duas décadas do primeiro hospital das Américas no México (1524), no Brasil inaugurou-se a Santa Casa de Misericórdia de Santos, criada por Braz Cubas, em 1543 (BRASIL, 1965). Posteriormente, estas instituições que visavam a caridade foram se proliferando e se distribuindo nacionalmente, surgindo a Santa Casa de Vitória (1555), a Santa Casa de Olinda (1560), a Santa Casa de Ilhéus (1564), entre outras (GUIMARÃES apud COELHO, 2012).

Durante o período da colônia, a medicina erudita era exercida por médicos, cirurgiões e boticários, provenientes da Europa, que prestavam assistência apenas para a elite. Os pobres, e, sobretudo os escravos dependiam da solidariedade comunal e dos curandeiros. As ações do poder público estavam restritas à regulamentação do exercício da profissão, por licenças e autorização para a realização desta prática (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

A vinda da família real, em 1808, representou um marco na história da saúde brasileira. Com destaque para as Escolas de Cirurgia do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), transformadas em escolas médicas-cirúrgicas e trazendo a formação médica para o País (COELHO, 2012).

Entre os séculos XIX e XX, houve a construção de muitos hospitais sob a influência portuguesa, destacando-se a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro (1840), Beneficência Portuguesa de São Paulo (1859) e de Santos (1889), entre outras, na Bahia, Recife e Rio Grande do Sul, reflexo da imigração de europeus para o Brasil (COELHO, 2012).

Até o período do Império, o País contava com as Santas Casas de cunho filantrópico, com poucas unidades hospitalares administradas pela coroa para atender as forças armadas, além de medidas de higiene e controle de epidemias. Neste período, houve a criação de alguns hospitais e serviços privados para a população que podia arcar com os custos de seu tratamento, aqueles que não tinham condições financeiras utilizavam as instituições filantrópicas (COELHO, 2012).

Ao término da Primeira Guerra Mundial, o Brasil passou por um processo de urbanização, com crescimento da população das cidades, ampliação da organização sindical e aumento dos conflitos entre trabalhadores e empregadores. Estes conflitos levaram a criação, em 1923, da Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que além de garantir o pagamento de aposentadorias e pensões, prestavam assistência médica aos trabalhadores das empresas ferroviárias. Para tal, houve a criação de ambulatórios e contratação dos hospitais, em grande parte das Santas Casas, para prestar assistência à saúde à essa população (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Na década de 1930, o governo inicia a fusão das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), classificando os trabalhadores em categorias profissionais, ampliando a assistência médica, mas tendo como principal atividade os benefícios e as pensões. Este sistema acabou por demonstrar a precariedade da assistência prestada pela rede de hospitais filantrópicos (COELHO, 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O primeiro cadastro de hospitais brasileiros, realizado em 1941 pelo Ministério da Educação e Saúde, demonstrou que havia 1.234 hospitais, com 116.669 leitos, instituições ainda com pouca resolutividade e qualificação técnica (COELHO, 2012).

No período entre a Segunda Guerra Mundial até 1965, houve uma expansão da rede hospitalar, surgiram os hospitais previdenciários e seus Postos de Atendimentos Médico (PAMs), que eram grandes hospitais gerais, com múltiplas especialidades, distribuídos nacionalmente, em especial, nos grandes centros urbanos. Foram organizados de acordo com a categoria profissional, como marítimos, bancários, comerciários, entre outros. Ao final da década de 1960 eram 42 grandes hospitais e 563 PAMs (GRABOIS apud COELHO, 2012; PAIM et al*.,* 2008).

O crescimento hospitalar se destacou pelos hospitais asilares na esfera federal, mas também pela rede pública municipal, principalmente de pequenos hospitais, voltados para o atendimento de urgências clínicas e cirúrgicas. Os IAPs, além de fomentar o crescimento da rede hospitalar e ambulatorial, incentivaram os serviços do setor privado, pois, constituíram-se em potentes compradores. Nesta

época o crescimento dos segmentos filantrópico e privado já superava o setor público (COELHO, 2012).

A fusão dos IAPs, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorreu em 1966 em plena ditadura, significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). A política adotada privilegiou ainda mais a compra de serviços do setor privado. O número de hospitais aumentou em 145% entre 1962 e 1971, resultando em 1.262 novos hospitais em uma década, apesar do número de hospitais públicos ser maior, o número de leitos dos hospitais privados era superior (GONÇALVES, 1977).

O INPS passou a ser um importante comprador de serviços privados de saúde, estimulando o crescimento de hospitais e laboratórios. Evidenciado pelo aumento no número de leitos privados que passou de 60% para 62% do total de leitos e de 20% para 45% dos subsetores privativos entre 1960 e 1975 (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

A crise dos anos de 1970 e 1980 apontaram como medidas a necessidade de desaceleração dos gastos com a saúde, com a crítica ao modelo hospitalocêntrico e orientando as políticas e ações de saúde para a preocupação com a racionalização da oferta dos serviços e a formulação de um novo modelo, integrado em um sistema de redes com a atenção primária sendo a sua base (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Pouco antes da criação do SUS, em 1988, o País contava com aproximadamente meio milhão de leitos hospitalares, com uma média de 3,5 leitos por 1.000 habitantes, destes em torno de 15% pertenciam ao setor público, e os demais ao setor privado e ao setor filantrópico (COELHO, 2012). Basicamente havia três grupos de hospitais, um grupo de hospitais previdenciários e universitários, um grupo constituído por hospitais asilares (hanseníase, tuberculose e psiquiátrico), ambos geridos pela esfera federal e um último grupo pelos hospitais pertencentes aos municípios e estados da federação (GRABOIS apud COELHO, 2012).

Mesmo no setor privado predominavam os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), com a oferta de serviços menos complexos e pouco resolutivos, localizados

principalmente em cidades de pequeno e médio porte, e nos grandes centros, os hospitais ditos “lucrativos”[6] eram os de maior prevalência. Desta maneira, observa-se uma cobertura de leitos adequada, porém, com pouca governabilidade estatal direta, visto que 85% dos leitos pertenciam ao setor privado, desigualmente distribuídos e, em sua maioria, hospitais de pequeno porte (COELHO, 2012). A rede hospitalar brasileira, tanto pública como privada, segundo a pesquisa da Assistência Médica Sanitária (AMS) de 2009, apresentou um crescimento de leitos hospitalares, de 443.888 em 1976 para 544.357 em 1992, com uma proporção de 3,6 leitos/1.000 habitantes (IBGE, 2009).

Com o questionamento da centralidade do hospital, a partir da nova configuração do sistema de saúde, reforçado pelo discurso sanitário, inicia-se em 1992 o processo de desospitalização, e também, a diminuição de políticas voltadas para o parque hospitalar, dados evidenciados pelo declínio no número de leitos, chegando em 2009 com 431.996 leitos hospitalares, 2,68% a menos que 1976 (COELHO, 2012; IBGE, 2010).

Apesar disso, tanto pela sua importância na rede de assistência pelos serviços prestados de média e alta complexidade, como pelo volume de recursos consumidos por estes serviços, os hospitais continuam sendo um dos temas centrais para a implementação do SUS (BRASIL, 2005a).

A rede hospitalar nacional se apresenta muito heterogênea e desigual, tanto no que se refere a incorporação tecnológica como pela complexidade dos serviços ofertados em cidades de médio e grande porte. Assim, com a implantação do SUS houve uma tentativa de redefinição do papel dos hospitais, atuando como parte dos serviços em situações de maior necessidade, buscando interagir com todo o sistema de saúde, de forma a complementar e fortalecer as ações em saúde. Desta maneira a política da atenção hospitalar visa promover a inserção destas unidades na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

[6] Hospitais privados ou rede filantrópica, proveniente das misericórdias (COELHO, 2012).

6.1 Características e distribuição da rede hospitalar

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelecimento hospitalar refere-se a todas as unidades com pelo menos cinco leitos para internação, devendo garantir um atendimento básico de diagnóstico, tratamento e equipe clínica organizada com assistência permanente de médicos e evidência de internamento (BRASIL, 2011a).

A classificação dos hospitais tem como objetivo permitir uma melhor comparação entre as instituições. De acordo com o Ministério da Saúde divide-se em porte I, II, III ou IV, para esta categorização há uma avaliação de algumas características, como número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, entre outras (BRASIL, 2002b).

Uma classificação mais simples refere-se à quantidade de leitos da unidade, sendo de pequeno porte até 50 leitos, médio de 51 a 150, grande porte de 151 a 500 e porte extra acima de 500 leitos (BRASIL, 2004). Ainda, pode-se analisar pelo perfil assistencial dos estabelecimentos, como hospital de clínicas básicas, hospital geral, especializado, universitário e de ensino e pesquisa. Pelo nível de complexidade e também pelo papel que exerce na rede de serviços de saúde, pode ser classificado como hospital local, regional, de referência estadual ou nacional (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Os serviços de saúde distribuem-se em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Os hospitais por sua vez, encontram-se na média e/ou alta complexidade, de acordo com os procedimentos realizados, estrutura física e humana (BRASIL, 2005b).

A alta complexidade envolve tecnologia e custo elevados, integrada à atenção básica e média complexidade. Dentre as áreas de abrangência pode-se citar tratamento de hemodiálise, cirurgia cardiovascular, assistência oncológica e traumatológica, neurocirurgia, reabilitação protética, avaliação e tratamento das doenças do sono, cirurgia reprodutiva, dentre outras. São procedimentos de pequena quantidade, porém de grande impacto financeiro como os serviços de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (BRASIL, 2005b).

Já a média complexidade envolve procedimentos especializados realizados por profissionais de nível superior ou médio, como cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, exames de radiologia e ultrassonografia, fisioterapia, terapias especializadas, prótese e órteses e anestesia (BRASIL, 2005b).

Os hospitais se constituem como uma das maiores unidades produtivas do macrossetor saúde. Dispõe de serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde, em situação de internamento (BRASIL, 2005b). Destinam-se a atender, exclusivamente, casos em que haja possibilidade terapêutica, com tecnologia adequada de acordo com suas funções, como tratamento intensivo, centro cirúrgico, unidade de emergência, unidade de apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, entre outros (BRASIL, 2011a).

Os serviços de saúde, na busca de melhorar a distribuição e promover melhor otimização dos recursos devem ser organizados por níveis de atenção e distribuídos regionalmente (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A regionalização da atenção é uma das diretrizes do SUS inscrita na Constituição Federal de 1988, mas somente em 2011 foi regulamentada essa diretriz por meio do Decreto 7508/2011, que define região de saúde como aquela formada por “[...] espaços geográficos contínuos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transporte [...]” (BRASIL, 2011b, p.4), devendo conter no mínimo atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, ambulatorial especializada, hospitalar e vigilância em saúde.

O acesso universal e igualitário da população aos serviços de saúde se inicia e se organiza no nível local, considerado como porta de entrada do sistema, ou seja, os serviços em que o usuário procura pelo primeiro atendimento, como a atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011b).

A partir destes serviços e de acordo com a necessidade, há um encaminhamento para níveis ambulatoriais especializados e atenção hospitalar, locais de maior complexidade e suporte tecnológico. Na tentativa de instituir um

novo modelo organizado em redes de atenção, o acesso aos hospitais tornou-se mais restrito (BRASIL, 2011b).

A integração dos hospitais em redes de serviço tem sido construída em um sentido horizontal como apoio para unidades da mesma complexidade, e vertical, auxiliando unidades de menor porte e menor complexidade. Os serviços prestados pelos hospitais nestes sistemas são influenciados pelas necessidades dos clientes públicos e privados, bem como sua posição e atuação nas redes de atenção à saúde (COELHO, 2012).

A atenção hospitalar apresenta forte influência política e do modelo taylorista/fordista quanto à sua organização e gestão interna, pela fragmentação do cuidado, controle gerencial, hierarquia, o que tem influenciado na motivação e alienação dos trabalhadores (MATOS; PIRES, 2006).

Ao se analisar a natureza da instituição é importante entender que os hospitais privados aproximam-se mais das empresas capitalistas, pela crescente concorrência, altos investimentos e contenção de custos, já os hospitais públicos nem sempre se caracterizam como uma atividade rentável. Esta discussão é relevante, pois, reflete em um fator importante na decisão de fechar ou terceirizar os serviços, por apresentarem razões distintas, no privado pautado no lucro, já no público implica principalmente em conhecer as necessidades da população, acrescidos de outros fatores que influenciam tal decisão, como as políticas de Estado, a situação financeira, a correlação das forças representativas das classes sociais, pressões de diversos grupos corporativos (interesses e necessidades ou de lucros) e problemas de saúde que representam risco epidemiológico (PIRES, 2008).

Em nível nacional, a rede hospitalar apresenta-se irregularmente distribuída, concentrando-se nos grandes centros urbanos. O Brasil apresenta 5.220 hospitais gerais, destes, 454 (9%) se localizam na região Norte, 1.449 (28%) no Nordeste, 1.734 (33%) no Sudeste, 633 (12%) no Centro-oeste e 950 (18%) na região Sul (CNES, 2014).

Em relação ao número de leitos, tanto a OMS como a OPAS não recomendam e nem estabelecem número de leitos por habitantes (SOARES; PADOVAN; CICONELLI, 2006). Segundo o Ministério da Saúde (MS) Decreto

1.101/2002, o cálculo deve ser feito pelo percentual de internações programadas pelo gestor, taxa de ocupação hospitalar e tempo de permanência, de acordo com cada especialidade. Estima-se, de maneira geral, de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes (BRASIL, 2002b).

Ao analisar os dados da OMS (2013), observa-se que em 2010, dos 54 países cadastrados nas Américas, o Brasil encontrava-se em 20º lugar em relação ao número de leitos por habitantes, com 2,4 leitos/1.000 habitantes. Porém, a rede hospitalar nacional apresenta um desequilíbrio em termos de distribuição, reforçado pela desigualdade em relação ao parque tecnológico e complexidade dos serviços, decorrente de dificuldades relacionadas aos fatores financeiros, assistenciais, organizacionais, políticos e sociais (BRASIL, 2011a).

O Paraná tem uma população de aproximadamente 10.444.526 habitantes distribuídos em 399 municípios, de acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2011. A rede hospitalar estadual é composta por 458 hospitais públicos, filantrópicos e privados que atendem ao SUS, com um total de 22.420 leitos (PARANÁ, 2013).

Segundo dados do CNES, em 2010, o Estado apresentava 2,7 leitos por 1.000 habitantes, distribuídos de forma heterogênea, com extremos de 1,3 leitos/1.000 habitantes na região de Paranaguá (1ª) e 5,1 leitos/1.000 habitantes na de Toledo (20ª) (PARANÁ, 2013; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Destes hospitais, 331 (72,3%) possuem menos que 50 leitos, realizando procedimentos de menor complexidade, resultando na baixa capacidade resolutiva pela insuficiência de recursos tecnológicos e humanos com sobrecarga dos hospitais de referência (PARANÁ, 2013).

Segundo o estudo de Ugá e Lopes (2007), que avaliou os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS, os serviços nestes estabelecimentos se limitam principalmente ao atendimento às quatro clínicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria), porém apesar disso, apenas 26% dos estabelecimentos têm obstetra, 18% tem pediatra, 23% cirurgião geral e 34% clínico geral, dificultando ainda mais uma melhor resolubilidade nestes serviços.

No entanto, estas instituições são, pelo menos em tese, de fundamental importância no processo de regionalização, pois se localizam em diversas cidades proporcionando uma assistência de média complexidade à população, que quando necessário se articula com as unidades de referência para transferência entre serviços. Para estimular estas instituições carentes de recursos financeiros, desde 2004 foi instituído a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, estabelecendo um modelo de organização e financiamento para estimular a inserção dessas instituições na rede hierarquizada de atenção à saúde (BRASIL, 2005b). Podem aderir aos benefícios dessa política, voluntariamente, os municípios e estados que tiverem sob sua gestão estabelecimentos hospitalares que sejam de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos e reconhecidos como filantrópicos, com até 30 mil habitantes (municípios ou microrregiões) e que apresentem cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) igual ou superior a 70% (BRASIL, 2005b).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. TIPO DE PESQUISA

Do ponto de vista dos objetivos, caracteriza-se como uma pesquisa exploratório-explicativa, que segundo Gil (2002) propõe avaliar um problema, buscando identificar os fatores que podem determinar ou mesmo contribuir para a explicação do fenômeno encontrado, aproxima-se da pesquisa exploratória, pois tenta proporcionar uma nova visão do problema em um campo não estudado anteriormente.

Quanto aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa documental e de campo, a primeira direcionada à coleta de dados em sistemas de informação, que ainda não sofreram nenhuma análise prévia. Já a segunda, pesquisa de campo, com coleta de dados diretamente no local do fenômeno estudado, restringindo-se a populações menores, porém, busca-se um maior aprofundamento.

2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo constitui-se dos profissionais de saúde que estavam cadastrados no CNES e/ou que trabalham nos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná. Foram incluídas todas as profissões em saúde, tanto de nível técnico como superior. Para a definição dos profissionais de saúde de nível superior utilizou-se como referência a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287 de outubro de 1998, já para os de nível técnico foram consideradas todas as que apresentam formação específica em saúde.

3. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a pesquisa documental utilizou-se o banco de dados do CNES instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde. Segundo Girardi e Mass (2011) apresenta dados sobre a área física, recursos humanos, equipamentos, profissionais e serviços ambulatoriais e hospitalares. Neste sistema podem-se coletar dados referentes aos: (1) Estabelecimentos de saúde: nome, razão social, Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), personalidade jurídica, recursos físicos (consultórios, ambulatórios, leitos e equipamentos), número e tipo de atendimentos prestados e serviços especializados. (2) Recursos humanos: identifica para cada indivíduo e vínculo ou posto de trabalho realizado com o estabelecimento, a ocupação, o número de horas trabalhadas, o tipo de vínculo e de estabelecimentos entre outras.

A coleta de dados para a pesquisa de campo foi realizada no próprio local de trabalho dos profissionais, através de contato prévio com as unidades hospitalares e a liberação para estas entrevistas, no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015. A amostra desta segunda etapa foi constituída de acordo com o aceite dos profissionais que estavam no local de trabalho no momento da visita do pesquisador, tentando incluir diferentes categorias profissionais.

O instrumento de coleta de dados foi construído pelo Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais (GPPS) da UNIOESTE e seu preenchimento tem duração de aproximada de 20 minutos. Dentre as perguntas, foram abordados dados referentes à caracterização sócio-demográfica, formação, atividade profissional, saúde do trabalhador e engajamento político. Importante destacar que as questões foram elaboradas em forma de perguntas fechadas, com janelas para inclusão de outros dados (APÊNDICE A).

4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram registrados em tabelas do programa *Microsoft Excel 2010,* construindo um banco de dados. A partir desta fase, os registros foram analisados, identificando a pertinência, a relevância, a autenticidade e a atualidade. Na sequência se organizou as variáveis de acordo com o município, a instituição e os profissionais existentes. Para a análise estatística utilizou-se *InStat GraphPad versão 3.4,* realizando o teste qui-quadrado, considerando como nível de significância o valor de $p \leq 0,05$.

Após o tratamento estatístico, realizou-se a interpretação dos achados buscando traçar um perfil das unidades hospitalares e dos profissionais que atuam nas instituições de saúde hospitalar da 9ª Região de Saúde do Paraná. Para isso, recuperou-se o referencial teórico e outros estudos relacionados à temática, buscando estabelecer relações dos achados com dados de pesquisas desenvolvidas em nível nacional.

5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos éticos da pesquisa foram embasados nas recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa está vinculada a um projeto do Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais (GPPS) da UNIOESTE campus Cascavel, denominado Força de Trabalho em Saúde: estrutura, dinâmica e tendência na macrorregião do oeste do Paraná, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, da UNIOESTE/Cascavel sob o parecer 535.238/2013 (ANEXO A).

A primeira fase da pesquisa foi realizada em banco de dados público, sem necessidade de autorização para esta coleta. Quanto à segunda fase, durante a pesquisa foi esclarecido ao voluntário os objetivos e a identificação da concordância de sua participação. Nesse momento foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram iniciadas após assinatura do termo (APÊNDICE B).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luciana Pavanelli Von Gal de**. Política de Recursos Humanos em Saúde:** análise de documentos do Ministério da Saúde. Dissertação de Mestrado. Programa de Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-13112007-162850/pt-br.php> Acesso em: 02 jan. 2014.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva:** ensaios de sociologia do trabalho. 2.ed. Londrina: Praxis. 2007. Disponível em: <http://www.giovannialves.org/DRP.pdf >. Acesso em: 08 de nov. 2013.

ALVES, Giovanni. **Terceirização e neodesenvolvimento no Brasil**. 2014. Disponível em: <http://blogdaboitempo.com.br/2014/08/11/terceirizacao-e-neodesenvolvimentismo-no-brasil/>. Acesso em: 13 de ago. 2014.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Edu. Soc.**, Campinas, v.25, n.87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 08 de nov. 2013.

AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lílian; GRABOIS, Victor. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. **Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 95-115, 2010.

BARALDI, Solange; DIAZ, Mônica Yolanda Padilla; MARTINS, Wagner de Jesus; CARVALHO JUNIOR, Wagner de Jesus. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 6, n. 3, p. 539-548, 2008. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=ResultadoBusca&Num=224>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Ligia et al*.* (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História e Evolução dos Hospitais** Brasília, DF, 1965. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf >. Acesso em: 05 maio. 2014.

_____. _____. Portaria nº 2.224/GM. Brasília, DF, 5 dez. 2002a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>. Acesso em: 23 abr. 2013.

_____. _____ **Política de Recursos Humanos em Saúde:** Seminário Internacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/8587943278_por.pdf > Acesso em: 02 jan. 2014.

_____._____. **Política de Recursos Humanos para o SUS:** balanço e perspectiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf> Acesso em: 02 jan. 2014.

_____._____. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0644_M.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2013.

_____._____. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

_____._____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf>. Acesso em: 26 de maio 2014.

_____._____. 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 09 de nov. 2013.

_____. _____. **Caderno HumanizaSUS**. Brasília, DF, v. 3, 2011a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. 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.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**, Brasília, DF: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro5.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

_____. Decreto-lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011b. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. **Lex**: legislação de saúde, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>. Acesso em: 23 abr. 2013.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE. **Estabelecimentos de saúde.** 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. Políticas de Recursos Humanos: Sistema Único de Saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 589-594, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a23.pdf >. Acesso em: 20 de jan. 2014.

CARVALHO, Manoela de. **Contribuição ao planejamento da força de trabalho em saúde para atenção básica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v.37, n. 98, p. 372-387, 2013, Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-11042013000300002&pid=S0103-11042013000300002&pdf_path=sdeb/v37n98/a02v37n98.pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 de nov. 2014.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzada; NAVARRO, Vera Lúcia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In: LOURENÇO, Edvânia de Souza; NAVARRO, Vera Lúcia (Orgs.). **O avesso do trabalho III:** saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

COELHO, Ivan Batista. **Os hospitais na reforma sanitária brasileira**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil**, São Paulo, v. 2, 2013. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>. Acesso em: 04 set. 2013.

CUT/DIEESE. **Terceirização e desenvolvimento**: uma conta que não fecha/dossiê acerca do impacto da terceirização sobre os trabalhadores e propostas para garantir a igualdade de direitos. São Paulo: Central Única dos Trabalhadores, 2014. Disponível em: <http://www.cut.org.br/system/uploads/ck/files/Dossie-Terceirizacao-e-Desenvolvimentolayout.pdf>. Acesso em: 07 de ago. 2015.

DEDECCA, Cláudio Salvadori. **Flexibilidade e regulação de um mercado de trabalho precário:** a experiência brasileira. Colóquio Internacional: Novas formas do trabalho e do desemprego: Brasil, Japão e França numa perspectiva comparada. São Paulo, 2006.

DEDECCA, Cláudio Salvadori; TROVÃO, Cassiano José Bezerra Marques. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf >. Acesso em: 10 de nov. 2013.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963:** Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

FARIA, Helaynne Ximenes; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Precarização do Trabalho e Processo Produtivo do Cuidado. **Mediações**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 142-156, jan-jun. 2011.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/15.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **O Trabalhador de Saúde em Seis Regiões Metropolitanas Brasileiras**. Nota Técnica, n. 33, set. 2006. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/notatecnica/2006/notatec33saude.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2013.

GIRARDI, Sabado Nicolau; MASS, Lucas Wan Der. **Informações sobre Mercado de Trabalho em Saúde:** conceitos e bases de dados. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Belo Horizonte, ago. 2011.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Equipamento Hospitalar no Brasil – presença, regionalização e tendências. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 11, p. 143-150, 1977. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v11n1/13.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 03 de maio de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009. **Estatísticas da saúde**: Assistência Médico Sanitária, 2009. IBGE, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2014.

LUZ, Ricardo Santos da; BAVARESCO, Agemir. Trabalho alienado em Marx e novas configurações do trabalho. **Princípios**, Natal, v.17, n. 27, p. 137-165, jan./jun. 2010. Disponível em:<http://www.principios.cchla.ufrn.br/arquivos/27P-137-165.pdf >. Acesso em: 15 dez. 2013.

MACHADO; Jorge Mesquita Huet; CORREA, Marilena Villela. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 159-166, jul./set. 2002. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a06.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

MACHADO, Maria Helena. **Trabalho e emprego em saúde**. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

MACHADO, Maria Helena. Gestão Pública e Ética no Trabalho. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/8587943278_por.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2014.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Textos e Contextos - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

MARTINS, Maria Inês Carsaladi; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027450015>. Acesso em: 10 de nov. 2013.

MEDIEI, André Cezar; MACHADO, Maria Helena; NOGUEIRA, Roberto Passos; GIRARDI, Sábado Nicolau. Aspectos conceptuales y metodológicos sobre la fuerza de trabajo en el área de salud en Brasil. In: MEDIE, André Cezar; MACHADO, Maria Helena; NOGUEIRA, Roberto Passos; GIRARDI, Sábado Nicolau**. O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2.ed. Brasília, 2011.

NAVARRO, Vera Lúcia; PADILHA, Valquíria Padilha. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. In: CÊA, Georgia Sobreia dos Santos; MUROFUSE, Neide Tiemi; DEITOS, Roberta Antônio (Orgs.). **Trabalho, educação e saúde:** Formação permanente de profissionais e usuários da saúde pública. v. 2., Cascavel: EDUNIOESTE, 2012.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. UFMG: NESCON – Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1950.pdf>. Acesso em: 10 de nov. 2013.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Introdução ao estudo do capital nos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: CEBES. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Introdu%E7%E3o%20ao%20estudo%20do%20capital%20nos%20servi%E7os%20de%20sa%FAde%20-%20Cebes.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

NUNES, Isa Maria; AMÂNCIO FILHO, Antenor; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; TELLES, José Luiz. O trabalho em saúde no contexto hospitalar: processos e necessidades como subsídio para a formação profissional. **Revista Anna Nery de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 509-513, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a21.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Chamado a ação de Toronto:** 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas américas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=189&Itemid=614> Acesso em: 13 jan. 2014.

OSÓRIO, Cláudia; ROTENBERG, Lúcia; ARAÚJO, Tânia Maria de; SOARES, Renata. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Org.). **Trabalhar na saúde:** experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PAULO NETTO, José. **Economia Política: uma introdução crítica**. 6.ed. São Paulo: Corte, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015**, Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, André Falcão do Rêgo; SANTANA, José Paranaguá de; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises, Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, v. 4, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2013.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos Básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJ/Fiocruz, 2007.

ROLLO, Adail de Almeida. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo "globalizado"?. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer!. Ijuí: Editora Unijuí, 2009.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS. In: SANTOS FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer!. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

SERAFIM, Alexandre Peixoto; RIBEIRO, Rubens Antônio Bento. Internação domiciliar no SUS: breve histórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.163-168, 2011. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol%2022_2_8_Internacao.pdf>. Acesso em: 07 ago 2015.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

SOARES, Patrícia Coelho de; PADOVAN, Jorge Luis; CICONELLI, Rozana Mesquita. Indicadores de Efetividade de Sistemas de Saúde. **Gestão Estratégica de Medicina Laboratorial:** Revista da sociedade de patologia

clínica medicina laboratorial, Rio de Janeiro, n. 22, jul. 2006. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/imgs/publ/45eabf163c64a0e507e76f022543633a.pdf> Acesso em: 20 maio. 2013.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n.2, p. 334-344, ago./dez. 2010.

SORVERAL, Charles. **Terceirização afronta direito do trabalho, diz pesquisadora**. Disponível em: <http://www.dmtemdebate.com.br/terceirizacao-afronta-direito-do-trabalho-diz-pesquisadora/> Acesso em: 20 maio. 2013.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; LÓPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12. n. 4. p. 915-928. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232007000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio. 2013.

VARELLA, Thereza Christina; PIERANTONI, Célia Regina. Revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18. n. 3. p. 521-544. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-73312008000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio. 2013.

VIANA, Dirce Laplaca. **Gestão do Trabalho em Saúde:** revisão da literatura por meio de *scoping review*. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28032013-142152/pt-br.php>. Acesso em: 12 jul. 2013.

VIANA, Ana Luiza d´Ávila; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Análise de Políticas de Saúde**. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

ARTIGO CIENTÍFICO – 01

FORÇA DE TRABALHO NA REDE HOSPITALAR DA 9ª REGIÃO DO PARANÁ

FORÇA DE TRABALHO NA REDE HOSPITALAR DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

LABOR FORCE IN HOSPITAL NETWORK OF 9th PARANÁ HEALTH REGION

Resumo: O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa documental. Teve por objetivo analisar a rede hospitalar e as ocupações de saúde nos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná. A coleta de dados realizou-se através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em abril de 2014. Dentre os principais resultados tem-se que dos 13 hospitais 84,62% (11) eram privados e 61,54% (8) de pequeno porte. Identificaram-se 2.307 ocupações de trabalho, destas 57,91% (1.336) eram de nível superior; 77,42% (1.786) localizados em Foz do Iguaçu; 69,27% (1.598) dos vínculos de trabalho classificaram-se como precários; 23,50% (376) apresentavam mais que uma ocupação. Identificou-se menor carga horária e maior precarização no nível superior. Conclui-se que os profissionais de saúde que atuam nos hospitais encontram-se distribuídos nos municípios que apresentam o maior número de população e de leitos, sendo estes, em sua maioria privados, e a precarização evidenciada principalmente nos vínculos de trabalho do nível superior.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Hospital; Gestão em Saúde; Força de trabalho.

Abstract: This study is characterized as a documentary research.. It had as an objective to analyze the hospitals network and health care occupations in hospitals of the 9th Paraná Health Region. The data collection was carried out through the National Health Facilities Register in April 2014. Among the main results, in the 13 hospitals, 84.62% (11) were private and 61.54% (8) were small. It was identified 2,307 working occupations, from which, 57.91% (1,336) were of higher education; 77.42% (1786) located in Foz do Iguaçu; 69.27% (1598) of the linkages work were classified as poor; 23.50% (376) had more than one occupation. It was identified lower workload and increased precariousness at the higher level. It was concluded that health professionals working in hospitals are distributed in the municipalities with the greatest number of people and beds, which are mostly private, and the precariousness mainly evidenced in the linkages work of higher level contracts.

Keywords: Personnel, Hospital; Health Management; Labor force.

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 (BRASIL, 2005). A concentração dos serviços de saúde, sobretudo os de média e alta complexidade em cidades de maior porte populacional é acompanhada de correspondente concentração da força de trabalho em saúde, em função de mais oportunidades de emprego, melhor remuneração e maior acesso a bens culturais, reforçando as desigualdades regionais.

A força de trabalho em saúde, segundo Girardi e Mass (2011), é composta por trabalhadores de saúde e por profissionais de saúde, a diferença está no tipo de formação. Os trabalhadores de saúde são considerados todos os que trabalham no setor, independentemente da formação, enquanto que os profissionais de saúde são aqueles com formação específica em saúde, como médicos, enfermeiro, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, entre outros.

Nacionalmente, o macrossetor saúde emprega 5.064.697 trabalhadores no ramo formal, impactando em 11% da economia formal. Destes trabalhadores 17,75% atuam em instituições hospitalares (BRASIL, 2012).

As transformações decorrentes da reestruturação produtiva, integração mundial dos mercados financeiros, internacionalização das economias, desregulamentação e abertura do mercado influenciaram o setor saúde com consequências para a gestão do trabalho e para o próprio Sistema Único de Saúde (SUS). As medidas neoliberais provocaram mudanças nos modelos de gestão do trabalho no espaço hospitalar, impactando na forma de sua organização (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999).

Como consequência destaca-se a flexibilização/precarização das relações de trabalho, com contratações sem garantia de direitos trabalhistas, como décimo terceiro salário, férias, entre outros (ASSUNÇÃO, 2003). Diferentes formas de contratação são adotadas pelos serviços, como a contratação por meio de cooperativas, Organizações Sociais (OS), contratos informais ou por tempo determinado, sempre visando à redução dos custos (BARALDI et al., 2008).

Tais condições caracterizam-se como trabalho precário, 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 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” (BRASIL, 2006, p. 4). Além disso, também pode ser considerado trabalho precário aquele que apresenta período pré-estabelecido, gerando um sentimento de instabilidade e insegurança no trabalhador (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Uma das formas mais conhecidas de trabalho precário é a terceirização, que

> [...] é todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta. Ou seja, é a relação onde o trabalho é realizado para uma empresa, mas contratado de maneira imediata por outra. (MARCELINO, 2007, p. 57).

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 (BRASIL, 2006).

No caso dos hospitais, o tipo de serviço prestado, a natureza jurídica, o porte e a localização das instituições podem interferir na gestão do trabalho e no acesso da população aos serviços de maior complexidade tecnológica.

A pesquisa teve por objetivo analisar a rede hospitalar e as ocupações de saúde nos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa realizada a partir de dados secundários, tendo como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados foram coletados em abril de 2014 e a amostra foi constituída por 13 hospitais e por todos os profissionais de nível superior e técnico, cadastrados nessas instituições no momento da coleta de dados. Para a definição dos profissionais de saúde de nível superior utilizou-se como referência a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287 de outubro de 1998, já para os de nível técnico foram consideradas todos os que apresentam formação específica em saúde (BRASIL, 1998).

A partir dos dados analisou-se a distribuição da rede hospitalar da 9ª Região de Saúde do Paraná e o perfil das ocupações. Salienta-se para melhor

compreensão dos resultados desta pesquisa que ocupações se referem aos postos de trabalho, enquanto que, os profissionais são as pessoas que trabalham nestes, portanto, um profissional pode apresentar mais de uma ocupação.

A análise levou em consideração o porte dos hospitais, o número de leitos, a população, o tipo de vínculo e o nível de formação. Os dados foram registrados em tabelas do programa *Microsoft Excel 2010.* Para a análise foi utilizado o programa estatístico *InStat GraphPad versão 3.4,* realizando 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 sob o parecer 535.238/2013.

Resultados e discussão

A 9ª Região de Saúde (RS) do Paraná está localizada no extremo Oeste, que compõe 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). Cinco municípios (56%) são considerados de pequeno porte 1 (até 20.000 habitantes), três (33%) de pequeno porte 2 (20.001 até 50.000) e um munícipio é considerado 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 (IBGE, 2014).

A rede de hospitais gerais do Paraná é composta por 428 hospitais, 13 (3,04%) estão localizados na 9ª RS, sendo destes quatro (30,77%) em Foz do Iguaçu, um (7,69%) em Santa Terezinha de Itaipu, dois (15,38%) em Missal, três (23,08%) em Medianeira, um (7,69%) em Itaipulândia e dois (15,38%) em Matelândia. Todos os hospitais apresentam nível de atenção ambulatorial e hospitalar, apenas uma unidade desempenha atividade de alta complexidade (CNES, 2014).

A região caracteriza-se economicamente como agrícola e se destaca por ser um importante polo turístico, sendo Foz do Iguaçu o segundo destino de

estrangeiros no País. É considerada uma das cidades mais multiculturais do Brasil, com mais de 72 grupos étnicos, o que provoca um fluxo intenso de pessoas, gerando desafios para o sistema de saúde local.

Dentre os 13 hospitais existentes na 9ª RS, 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%) são públicos com gestão municipal, um de administração direta e o outro indireta (tabela 1). Quando se analisa a natureza da instituição é importante entender que os hospitais privados aproximam-se mais das empresas capitalistas, pela crescente concorrência, altos investimentos e equilíbrio de custos, já os hospitais públicos nem sempre se caracterizam como uma atividade rentável (PIRES, 2008).

Em relação ao porte dos hospitais da 9ª RS, 61,54% classificam-se como de pequeno porte (até 50 leitos), apenas uma unidade caracteriza-se como de grande porte (151 até 500 leitos) (tabela 1). Situação semelhante é encontrada no conjunto do Estado do Paraná, em que a maioria dos hospitais, 331 (72,3%) dos 428 existentes são de pequeno porte (PARANÁ, 2013). Esta relação também é evidenciada nacionalmente, em 62% dos hospitais do SUS são de pequeno porte, com características de baixa complexidade e densidade tecnológica, além de apresentarem uma baixa taxa de ocupação, em torno de 32,8% (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Dos 795 leitos existentes, 475 (59,75%) são leitos/SUS. A maioria desses leitos se encontra em hospitais de médio porte (54,74%) e pequeno porte (26,11%) (tabela 1). Em geral são hospitais com baixa incorporação tecnológica, e consequentemente, reduzida capacidade para resolver problemas de maior complexidade, sobrecarregando os hospitais de referência (PARANÁ, 2013).

Apesar de a 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/1.000 habitantes, com 1,6 no total e 0,9 ao analisar somente os leitos SUS.

A média da região é de 2,0 leitos totais/1.000 habitantes e 1,2 para o SUS, abaixo do preconizado de 2,5 a 3,0 leitos/1.000 habitantes (BRASIL, 2002). Entre as 22 Regiões de Saúde do Paraná, a 9ª apresenta uma das piores taxas,

perdendo apenas para Regiões de Paranaguá, Telêmaco Borba e Cianorte (PARANÁ, 2013).

É importante destacar que para avaliar a real necessidade de leitos deve-se verificar não somente o número de habitantes, mas outros parâmetros como o percentual de internações, taxa de ocupação e tempo de permanência (BRASIL, 2002).

A necessidade estimada de leitos complementares (Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrico e neonatal) é de 4% a 10% do total de leitos (BRASIL, 2002). A 9ª RS 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 - Características dos hospitais de acordo com a cidade sede, porte do município, esfera administrativa, natureza da organização e leitos, em relacão ao porte dos hospitais. 9ª Região de Saúde do Paraná, 2014.

	Pequeno Porte n=8	%	Médio Porte n=4	%	Grande Porte n=1	%	Total n=13	%	P - valor
Cidades									
Foz do Iguaçu	1	7,69	2	15,38	1	7,69	4	30,77	
Santa Terezinha de Itaipu	0	0,00	1	7,69	0	0,00	1	7,69	
Itaipulândia	1	7,69	0	0,00	0	0,00	1	7,69	0,577
Missal	2	15,38	0	0,00	0	0,00	2	15,38	
Medianeira	2	15,38	1	7,69	0	0,00	3	23,08	
Matelândia	2	15,38	0	0,00	0	0,00	2	15,38	
Total	*8*	*61,54*	*4*	*30,77*	*1*	*7,69*	*13*	*100,00*	
Porte do município									
Pequeno Porte 1	5	38,46	0	0,00	0	0,00	5	38,46	
Pequeno Porte 2	2	15,38	2	15,38	0	0,00	4	30,77	0,14
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*	*100,00*	
Esfera administrativa									
Municipal	1	7,69	1	7,69	0	0,00	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*	*100,00*	
Natureza da organização									
Empresa privada	4	30,77	2	15,38	0	0,00	6	46,15	
Entidade beneficente sem fins lucrati	2	15,38	1	7,69	1	7,69	4	30,77	
Administração direta da saúde	1	7,69	0	0,00	0	0,00	1	7,69	0,68
Administração indireta da saúde	0	0,00	1	7,69	0	0,00	1	7,69	
Fundação privada	1	7,69	0	0,00	0	0,00	1	7,69	
Total	*8*	*61,54*	*4*	*30,77*	*1*	*7,69*	*13*	*100,00*	
Leitos									
Leitos SUS	124	15,60	260	32,70	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*	*100,00*	
Leitos complementares									
Leitos SUS	0	0,00	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*	*100,00*	

Fonte: CNES, 2014.

Identificaram-se 2.307 ocupações, sendo 1.336 (57,91%) de nível superior e 971 (42,09%) de nível técnico (tabela 2). Estes dados se diferenciam quando se compara com a Atenção Básica (AB). Estudo realizado na macrorregião Oeste do Paraná mostrou que a maioria (62,15%) das ocupações com formação em saúde

na AB são de profissionais com formação em nível elementar ou técnico (NODARI, 2015).

As ocupações em enfermagem (auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros) somam 1.063 (46,08%) do total, seguido pela categoria médica com 1.050 (45,51%), o que revela que mais de 90% das ocupações na rede hospitalar pertencem a estes dois grupos de profissões. As outras categorias representam apenas 8,41% do total, apesar de uma progressiva inserção de outros profissionais no espaço hospitalar, ainda se identifica o maior quantitativo destes profissionais que foram os primeiro a ocupar este espaço (tabela 2). A enfermagem no ambiente hospitalar representa um quantitativo expressivo, pela natureza de seu trabalho, contínuo e “a beira do leito”, o que gera discussões de seu adequado dimensionamento frente às necessidades da assistência e os custos gerados aos estabelecimentos (SÃO PAULO, 2006).

Ao analisar o número de profissionais que se inserem em tais ocupações, dado com significância estatística, identificou-se, entre os médicos, uma relação de 2,33 ocupações/profissional (tabela 2), com um máximo de oito ocupações para um único profissional. Dos profissionais analisados 23,50% (376) apresentaram mais de uma ocupação, dado que representa a flexibilidade/necessidade adquirida pelo profissional de saúde, buscando uma melhor renda e gerando maior carga de trabalho. O maior número de ocupações ocorre em um mesmo município, mas encontrou-se 37 profissionais atuando em dois municípios e seis atuando em três municípios (dados não constam de tabelas).

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	1,6	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	0,3	7	0,43	1,00	
Biomédico	6	0,26	6	0,37	1,00	
Biólogo	2	0,09	2	0,12	1,00	<0,0001
Auxiliar de enfermagem	763	33,07	705	43,36	1,08	
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 imaginologia	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	*1626*	100	*1,08*	

Fonte: CNES, 2014.

Quanto à distribuição das ocupações 77,42% (1.786) encontram-se no município de Foz do Iguaçu, sede da regional, seguida por Medianeira com 15,26% (352), dado que está relacionado ao maior número de hospitais 30,77% e 23,08% e maior quantidade de leitos nestes locais com 51,32% e 18,62%, respectivamente (tabela 3).

Em relação aos tipos de vínculos, a maioria (55,27%) é de autônomo e entre profissionais de nível superior (43,48%), já a maior carga horária está entre os profissionais de nível técnico (39,23%) (tabela 3). O autônomo é um tipo de vínculo considerado precário, uma vez que se consideraram vínculos protegidos o estatutário e o celetista. Portanto, ao comparar o nível superior com o técnico,

observou-se diferença estatística em relação às cidades, tipos de vínculos, porte dos municípios e carga horária.

Tabela 3 – Distribuição de profissionais de saúde e leitos hospitalares segundo a cidade, porte do município, tipo de vínculos e jornada de trabalho de. 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	<0,0001
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	
Medianeira	240	10,40	112	4,85	352	15,26	
Matelândia	68	2,95	24	1,04	92	3,99	
Total	*1336*	*57,91*	*971*	*42,09*	*2307*	*100,00*	
Porte do município							
Pequeno Porte 1	96	4,16	51	2,21	147	6,37	<0,0001
Pequeno Porte 2	255	11,05	119	5,16	374	16,21	
Grande Porte	985	42,70	801	34,72	1786	77,42	
Total	*1336*	*57,91*	*971*	*42,09*	*2307*	*100,00*	
Tipos de Vínculos							
Autônomo	1003	43,48	272	11,79	1275	55,27	<0,0001
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	
Contrato por prazo determinado	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	
Total	*1336*	*57,91*	*971*	*42,09*	*2307*	*100,00*	
Jornada de trabalho							
Maior ou igual que 30horas/semana	279	12,09	905	39,23	683	51,32	<0,0001
Menor que 30 horas/semana	1057	45,82	66	2,86	1624	46,42	
Total	*1336*	*57,91*	*971*	*42,09*	*2307*	*100,00*	

Fonte: CNES, 2014.

No que se refere à distribuição dos vínculos protegidos e precários (tabela 4), identificou-se apenas 0,17% de vínculo protegido nos hospitais públicos, a precarização foi evidenciada, sobretudo nos hospitais beneficentes sem fins lucrativos (31,08%) e administração indireta da saúde (20,72%), associado ao

maior número de ocupações nestas instituições e estabelecimentos de médio porte (29,65%).

Quando comparados entre os profissionais de nível superior e técnico, os de nível superior apresentaram-se com maior percentual de precarização identificando-se 51,76% (1.194) dos vínculos, enquanto que no nível técnico identificou-se apenas 17,51% (404). Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2014), também observaram maior precarização no nível superior (85,28%), com destaque para a atenção hospitalar (53,45%) ao avaliar toda a macrorregião Oeste do Paraná. O estudo de Nodari (2015) que avaliou a atenção básica nesta mesma macrorregião, também identificou uma maior precarização no nível superior com 28,2%, em relação ao nível técnico que apresentou apenas 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							
Público	4	0,17	508	22,02	512	22,19	<0,0001
Privado	705	30,56	1090	47,25	1795	77,81	
Total	*709*	*30,73*	*1598*	*69,27*	*2307*	*100,00*	
Natureza da organização							
Empresa privada	95	4,12	155	6,72	250	10,84	
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	<0,0001
Administração indireta da saúde	4	0,17	478	20,72	482	20,89	
Fundação privada	2	0,09	218	9,45	220	9,54	
Total	*709*	*30,73*	*1598*	*69,27*	*2307*	*100,00*	
Porte Hospitalar							
Pequeno Porte	79	3,42	390	16,91	469	20,33	
Médio Porte	171	7,41	684	29,65	855	37,06	<0,0001
Grande Porte	459	19,90	524	22,71	983	42,61	
Total	*709*	*30,73*	*1598*	*69,27*	*2307*	*100,00*	
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	
Total	*709*	*30,73*	*1598*	*69,27*	*2307*	*100,00*	

Fonte: CNES, 2014

Conclusão

A partir dos dados analisados, verificou-se que a região apresenta unidades hospitalares, em sua maioria com até 50 leitos, distribuídos por municípios de pequeno porte 1 e 2. Os leitos hospitalares são insuficientes para a região ao verificar as recomendações nacionais. A maioria dos hospitais é de natureza privada, e prestam assistência em nível ambulatorial e hospitalar, também foi identificada apenas uma unidade com serviços de alta complexidade.

As ocupações nos hospitais encontram-se distribuídas nos municípios com maior número de habitantes e apresentam correlação com o número de leitos. Identificou-se a multiplicidade dos vínculos, sendo a maioria sem proteção social, identificados principalmente na categoria de nível superior, sendo também estes os profissionais que apresentam uma menor carga horária de trabalho.

Dados estes que demonstram a necessidade de ações mais efetivas no planejamento e distribuição dos leitos hospitalares da região, bem como de ações voltadas à gestão do trabalho na atenção hospitalar.

Referências

ASSUNÇÃO, da Ávila. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a22v8n4.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BARALDI, Solange; DIAZ, Mônica Yolanda Padilla; MARTINS, Wagner de Jesus; CARVALHO JUNIOR, Wagner de Jesus. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 6, n. 3, p. 539-548, 2008. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=ResultadoBusca&Num=224>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 287 de 8 de outubro de 1998**, Brasília, DF: CNS, 1998. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/241/resol_cns_287_1998_pdf_91145.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.224/GM. Brasília, DF, 5 dez. 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>. Acesso em: 23 abr. 2013.

_____. _____. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

_____._____. 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 09 de nov. 2013.

_____. _____. 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.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2014.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela; MUROFUSE, Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 4. p. 18-29, jan-mar 2015.

GIRARDI, Sabado Nicolau; MASS, Lucas Wan Der. **Informações sobre Mercado de Trabalho em Saúde:** conceitos e bases de dados. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, Belo Horizonte, ago. 2011.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2. p. 411-421, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7123.pdf>. Acesso em: 09 de setembro de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 03 de maio de 2014.

MARCELINO, Paula. Afinal, o que é terceirização? Em busca de ferramentas de análise e de ação política. **Pegadas**. São Paulo, v. 8, n. 2, p.55-71, dez. 2007. Disponível em: <http://www.puro.uff.br/sites/default/files/user52/4TextoPaula%20Marcelino.pdf>. Acesso em: 13 de outubro de 2015.

NODARI, Shaila Ariente Beledeli. **Força de trabalho em saúde na atenção básica:** características e distribuição geográfica na macrorregião Oeste do Paraná. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – UNIOESTE, Cascavel, 2015.

NOGUEIRA, Roberto; BARALDI Solange; RODRIGUES, Valdemar Almeida. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Observatório de recursos humanos em saúde, Brasília, DF, v. 2, p. 81-104, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015**, Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

SÃO PAULO. Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. **Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais**, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/SES-SP/Parametros_planejamento.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____._____. **Indicadores de Gestão do trabalho e da educação na área da saúde**, São Paulo, mar. 2010. Disponível em:<http://www.obsevasaude.sp.gov.br>. Acesso em: 25 maio. 2013.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; LÓPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12. n. 4. p. 915-928. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232007000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio. 2013.

ARTIGO CIENTÍFICO – 02

GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

GESTÃO DO TRABALHO NOS HOSPITAIS DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

LABOR MANAGEMENT IN HOSPITALS OF PARANÁ 9th HEALTH REGION

Resumo: Objetivou-se analisar a gestão do trabalho em 12 hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná. Estudo exploratório, por meio de entrevista semiestruturada com 116 profissionais; 52,59% de nível superior; 56,43% ingressaram por processo seletivo; 19,82% possuem mais de um vínculo; 21,43% vínculos desprotegidos; 19,29% participam de atividades de educação permanente; nenhum hospital com Plano de Carreira Cargos e Salários. Conclui-se ser fundamental o Estado exercer seu papel de regulador, fiscalizador e controlador dos serviços de saúde, independente da titularidade de quem os execute, necessidades que podem interferir em melhores condições de trabalho, com impacto na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Hospital; Gestão em Saúde; Força de trabalho.

Abstract: Aimed to analyze of labor management in 12 hospitals of Paraná's 9th Health Region. Exploratory study, conducted through semi-structured interview with 116 professionals, 52.59% in top level; 56.43% enrolled through a selective process; 19.82% of professionals have more than one bond; 21.43% precarious bonds; 19.29% of workers they participate in ongoing activities of continuing education; no institution has a career plan formally instituted. We conclude it is essential State to exercise its role as regulator, supervising and controlling health services, regardless of the ownership of those who run them, needs that may interfere with better working conditions, impacting the quality of care.

Keywords: Personnel, Hospital; Health Management; Labor force.

Introdução

A garantia do direito universal à saúde repercutiu na ampliação das políticas públicas de saúde, tanto em termos de cobertura como de investimentos em infraestrutura e pessoal, porém, ainda há temas cruciais que precisam ser equacionados, como a ordenação da formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a gestão do trabalho em saúde, ambos compondo a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) (CAMELO, 2009).

A gestão do trabalho em saúde envolve toda a vida funcional do trabalhador, desde o recrutamento, seleção, contratação, criação de espaços de discussão e negociação das relações de trabalho, Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), capacitação e educação permanente dos trabalhadores, além da valorização do trabalho e do trabalhador (VIANA, 2013). Segundo Pierantoni et al. (2008) a gestão do trabalho se relaciona com as especificidades da organização do sistema de saúde de cada país, podendo ser modificada de acordo com o contexto econômico e político nacional.

A reestruturação produtiva como resposta do capital à crise de acumulação, impingiu mudanças profundas na organização, na regulação e na regulamentação do trabalho, interferindo diretamente nas formas de contratação, flexibilizando as relações de trabalho e terceirizando serviços com consequências na estrutura social, na qualidade dos serviços prestados e na legitimidade dos interesses trabalhistas (FREITAS; FUGULIN; FERNANDES, 2006).

No Brasil, as reformas neoliberais colocadas em prática na década de 1990 favoreceram a desregulamentação das relações de trabalho, fragilizando os vínculos empregatícios e os mecanismos de controle das relações trabalhistas (BARALDI et al*.,* 2008). No setor saúde, bem como no restante da economia, se estabeleceram contratos precários, terceirização, sobrecarga de trabalho, condições e ambientes de trabalho inadequados e flexibilização da jornada de trabalho (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2013).

Os problemas relacionados com a gestão do trabalho são apontados como fatores que influenciam na qualidade da atenção oferecida pelos diferentes serviços que compõe a rede do sistema de saúde nacional (BRASIL, 2005a).

A atenção hospitalar, como parte do Sistema Único de Saúde (SUS) é oferecida em hospitais de diferentes portes e se caracteriza por uma assistência especializada, que envolve profissionais de diversas categorias, com níveis de formação distintos e uma variedade de formas de vínculos numa mesma instituição.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a gestão do trabalho em 12 hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná.

Procedimentos Metodológicos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal, realizada entre abril de 2014 e fevereiro de 2015, que utilizou dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos por meio de pesquisa de campo, realizada com 116 profissionais de saúde que atuam nos 12 hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná. A amostra se deu por conveniência, com base na presença do trabalhador no momento da visita ao hospital e de sua aceitação em participar da pesquisa.

Para os dados secundários utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ressalta-se que a desatualização dos dados do CNES inviabilizou a coleta com base em amostra estratificada, uma vez que cerca de 30% dos profissionais que constavam do cadastro e foram selecionados em sorteio para a entrevista não atuavam mais no serviço quando realizada a visita. Posteriormente verificou-se que 40 (34,5%) dos trabalhadores entrevistados também não constavam do CNES.

As entrevistas foram realizadas através de roteiro semiestruturado que contemplou aspectos sócio-demográficos, de formação, de gestão do trabalho e da participação política dos entrevistados, preenchido pelo próprio pesquisador em encontro presencial.

Os elementos utilizados para avaliar a gestão do trabalho, objeto do presente artigo, foram a forma de ingresso, o tipo de vínculo empregatício, a existência de Plano de Carreira Cargos e Salários, de avaliação de desempenho, de progressão e promoção na carreira, de gratificação de função, de pagamento de incentivos e participação em processos de educação permanente.

Para a classificação de trabalho precário, utilizou-se como referência o Ministério da Saúde que define como aquele com ausência dos direitos trabalhistas

e proteção social, como, “[...] a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos” (BRASIL, 2006, p. 4). A partir deste conceito e oposto a ele, os vínculos que foram considerados como protegidos por garantirem estes benefícios foram o estatutário e celetista.

Os dados referentes à gestão do trabalho foram agrupados por nível de ocupação (superior e técnico) e porte dos hospitais (pequeno, médio e grande). Para a análise foi utilizado o programa estatístico *InStat GraphPad versão 3.4,* realizando o teste qui-quadrado, considerando como nível de significância o valor de $p \leq 0,05$.

Todos os profissionais entrevistados receberam informações quanto aos objetivos da pesquisa e garantia de sigilo das informações, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da instituição de ensino, com parecer nº 535.238/2013.

Resultados e Discussão

Na 9ª Região de Saúde do Paraná, composta por nove municípios (Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Medianeira, Matelândia, Serranópolis do Iguaçu, Ramilândia e Missal) existem 12 hospitais, com 795 leitos no total, excluindo-se os complementares (leitos de unidades de terapia intensiva) para atender uma população de 388.795 habitantes (IBGE, 2010). De acordo com dados do CNES (2014) nestes estabelecimentos estavam cadastrados 1.600 profissionais com formação específica em saúde.

Em relação ao porte dos hospitais, oito hospitais (66,66%) são de pequeno porte (com até 50 leitos), três hospitais (25%) de médio porte (de 51 a 150 leitos) e um hospital (8,33%) de grande porte (de 151 a 500 leitos). Quatro hospitais (33,33%) situam-se no município de Foz do Iguaçu (um de pequeno porte, dois de médio e um de grande porte), um (8,33%) em Santa Terezinha de Itaipu (pequeno porte), dois (16,66%) em Missal (ambos de pequeno porte), três (25%) em Medianeira (um de médio e dois de pequeno porte), um (8,33%) em Itaipulândia (pequeno porte) e um (8,33%) em Matelândia (pequeno porte). Todos os hospitais oferecem atenção ambulatorial e hospitalar, mas apenas um é referência para a alta complexidade.

Entre os 12 hospitais existentes na região 10 (83,33%) são instituições privadas e dois (16,66%) públicas, sendo um de pequeno e outro de médio porte, ambos municipais. Apenas quatro (33,33%) hospitais privados de pequeno porte não atendem ao SUS. Entre os hospitais privados três (30%) são entidades beneficentes sem fins lucrativos, um (10%) fundação privada e seis (60%) empresas privadas com fins lucrativos.

Dos 116 profissionais entrevistados, 61 (52,59%) possuem formação em nível superior e 55 (47,41%) em nível técnico, o que correspondeu, respectivamente, a 8,51% e 6,23% do universo registrado no CNES. A maioria (72,41%) é do gênero feminino, 70,69% residentes em Foz do Iguaçu, 60,34% pertencem à equipe de enfermagem (enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem), 11,21% são médicos, 7% farmacêutico, 7% fisioterapeuta e outras oito profissões apresentaram menor porcentagem (tabela 1). A idade média é de 38,20±14,73 anos e o tempo de atuação nas instituições é de 6,79±7,57 anos (dados não constantes na tabela).

Tabela 1. Número e porcentagem dos profissionais de saúde, segundo o gênero, município de residência, nível de formação e profissão. Hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, 2015.

Características	n=116	
	n	%
Gênero		
Feminino	84	72,41
Masculino	32	27,59
Total	*116*	*100,00*
Município de Residência		
Foz do Iguaçu	82	70,69
Demais municípios da 9ª Região de Sat	33	28,45
Município de outra Região de Saúde	1	0,86
Total	*116*	*100,00*
Nível de formação		
Superior	61	52,59
Técnico	55	47,41
Total	*116*	*100,00*
Profissão		
Técnico de enfermagem	31	26,72
Auxiliar de enfermagem	25	21,55
Enfermeiro	14	12,07
Médico	13	11,21
Farmacêutico	7	6,03
Fisioterapeuta	7	6,03
Nutricionista	5	4,31
Biomédico	4	3,45
Psicólogo	3	2,59
Assistente social	2	1,72
Técnico de radiologia	2	1,72
Dentista	1	0,86
Fonoaudióloga	1	0,86
Auxiliar de farmácia	1	0,86
Total	*116*	*100,00*

Fonte: Elaboração própria.

Os dados confirmam a forte presença feminina no setor saúde, realidade também encontrada em estudo do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (2006) que identificou o predomínio de mulheres (mais

de 70%) nas regiões metropolitanas do Brasil trabalhando nos serviços de saúde, com faixa etária superior a 25 anos.

Outro aspecto a ressaltar é a ampliação da equipe multiprofissional no ambiente hospitalar, onde 14 profissões fizeram parte da amostra (tabela 1). Isso parece ser uma tendência face a complexificação dos problemas de saúde que exige uma equipe multidisciplinar para atender as demandas e necessidades dos pacientes, mas também pode significar uma maior fragmentação do cuidado em saúde se o processo de trabalho não for orientado pelo princípio da integralidade e por uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

Em relação à forma de ingresso, os tipos de vínculos, as relações de trabalho e a educação permanente, levou-se em consideração a totalidade dos vínculos em hospitais (140). Isso porque 23 profissionais (19,82%) possuíam mais de um vínculo, sendo 22 (18,96%) com dois vínculos, oito (36,36%) com formação em nível superior e 14 (63,64%) com formação em nível técnico, um (0,86%) profissional médico tinha três vínculos com diferentes hospitais.

Quando considerados todos os vínculos dos entrevistados (hospitais e outros serviços), 55 profissionais (47,41%) tinham mais de um vínculo, sendo 46 (39,66%) com dois vínculos e nove (7,76%) com três vínculos. Identificou-se que dos profissionais com dois vínculos, 23 (50%) possuíam nível superior e 23 (50%) nível técnico. Já dos nove profissionais entrevistados com três vínculos, oito (89%) eram de nível superior, identificando-se cinco médicos, um fisioterapeuta, um enfermeiro, um farmacêutico e um técnico de radiologia. A média de empregos por profissional foi de 1,5 sendo relatados empregos em clínicas, laboratórios, consultórios particulares, atendimentos domiciliares, Atenção Básica, especializada e atividades de ensino tanto em cursos de nível técnico como de nível superior (dados não constam em tabelas).

Uma importante quantidade de vínculos entre os médicos também foi identificada por Maciel et al. (2010) que ao avaliar o número de vínculos dos médicos do SUS no Ceará observou que 53,5% possuíam entre dois e quatro vínculos, e 0,6% de 11 a 20 vínculos. Esta situação pode ser facilitada pelo trabalho autônomo em que, apesar de não usufruírem dos direitos sociais,

flexibiliza a jornada de trabalho permitindo maior quantidade de vínculos e melhor renda.

O aumento no número de vínculos se traduz em uma extensão da jornada de trabalho que o trabalhador se propõe a realizar para complementar a renda, e, como consequência, “determinam uma pluralidade de agravos à saúde e na manifestação do desgaste e do sofrimento difuso dos trabalhadores” (PINA; STOTZ, 2014, p.150).

No que se refere à forma de ingresso, pouco mais da metade dos entrevistados (56,43%) ingressaram nas instituições hospitalares por meio de processo seletivo. Quando calculado separadamente, observou-se diferença significativa entre os profissionais de nível técnico e os de nível superior, em que apenas 28 (41,17%) dos 68 profissionais de nível superior ingressaram na instituição por meio de mecanismos que tem como base o mérito (processo seletivo ou concurso), enquanto que no nível técnico esse valor foi de 75%. A carta convite (10,71%) e a indicação (10%) são mecanismos frequentes de ingresso nos hospitais, especialmente no caso dos profissionais de nível superior (tabela 2).

Em pesquisa recente na Atenção Básica do Paraná, Nunes et al. (2015), identificaram que 79,3%, dos entrevistados foram selecionados por processos seletivos ou concurso público. Os dados da presente pesquisa mostram que nos hospitais esse aspecto da gestão do trabalho ainda é pouco utilizado. Uma possível explicação pode estar no fato de a maioria dos hospitais estudados serem privados, embora mesmo nos dois hospitais públicos, em apenas um identificou-se o concurso público como forma de ingresso.

Entre as outras formas de ingresso do profissional de nível superior (11 no total), nove informaram que foi por empresa terceirizada e dois eram proprietários. A terceirização das atividades fins não está regulamentada no Brasil, e na área da saúde dificulta a inserção dos trabalhadores nas rotinas e nos processos desenvolvidos dentro das instituições. A terceirização muitas vezes deixa o trabalhador desprotegido, pois não raro ocorre o descumprimento de responsabilidades trabalhistas como o recolhimento de impostos, que afeta diretamente a aposentadoria e o seguro desemprego dos trabalhadores,

inviabilizando o acesso a um conjunto de direitos relacionados à seguridade social (COMARU, 2011).

Tabela 2. Forma de ingresso, tipos de vínculos e educação permanente em hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação, 2015.

Gestão do Trabalho	Nível Superior n=68		Nível Técnico n=72		Total n=140		valor p
	n	%	n	%	n	%	
Forma de ingresso							
Processo seletivo	26	18,57	53	37,86	79	56,43	
Análise de currículo	4	2,86	0	0,00	4	2,86	
Carta Convite	11	7,86	4	2,86	15	10,71	
Concurso	2	1,43	1	0,71	3	2,14	0,0007
Entrevista	7	5,00	5	3,57	12	8,57	
Indicação	7	5,00	7	5,00	14	10,00	
Outros	11	7,86	2	1,43	13	9,29	
Total	*68*	48,57	*72*	51,43	*140*	*100*	
Tipos de vínculos							
CLT	39	27,86	68	48,57	107	76,43	
Autônomo	21	15,00	3	2,14	24	17,14	
Contrato informal	1	0,71	0	0,00	1	0,71	
Cargo de confiança	1	0,71	0	0,00	1	0,71	0,0001
Cooperativa	2	1,43	0	0,00	2	1,43	
Proprietário	2	1,43	0	0,00	2	1,43	
Estatutário	2	1,43	1	0,71	3	2,14	
Total	*68*	48,57	*72*	51,43	*140*	*100*	
Educação permanente							
Contínua	11	7,9	16	11,43	27	19,29	
Esporádica	30	21,4	40	28,57	70	50,00	
Não	27	19,3	14	10,00	41	29,29	0,039
Não sabe/não informou	0	0,0	2	1,43	2	1,43	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100*	
Assalariados	43	30,71	69	49,29	112	80	<0,0001
Não assalariados	25	17,86	3	2,14	28	20	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100*	

Legenda: CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas.
Fonte: Elaboração própria.

Quando considerados em seu conjunto, os vínculos protegidos (celetista e estatutário) atingiram 78,57% da amostra (tabela 2). Mas quando analisados separadamente, no nível técnico, em apenas três casos (4,16%) encontrou-se

vínculo precário (autônomo), enquanto no nível superior 39,70% dos casos são de vínculos precários, sendo que a maioria (30,88%) se declarou autônomo. Entre os médicos, odontólogo e fonoaudiólogo 100% são autônomos (desprotegidos), enquanto que os farmacêuticos, os psicólogos, os biomédicos e assistentes sociais todos apresentaram vínculos protegidos.

Os três vínculos estatutários (dois de nível superior e um técnico) são de profissionais que atuam em um mesmo hospital público de pequeno porte, isso não impede que outros profissionais dessa amostra também atuem com outros tipos de vínculos em serviços públicos não relacionados ao ambiente hospitalar.

Em trabalho recente, Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015) avaliaram o cenário da precarização em todos os níveis de atenção na Macrorregião Oeste/PR, que abarca a região de saúde do presente estudo, identificando que 85,28% dos vínculos precários estavam entre os profissionais de nível superior. Valor inferior ao encontrado no presente estudo, no qual, dos 30 vínculos precários identificados, 27 (90%) estão neste nível de formação. No estudo citado os médicos se destacaram com 78,88% de vínculos precários, já no nosso estudo, como indicado acima, 100% dos médicos entrevistados (13) apresentaram vínculos sem proteção social.

A vinculação formal dos médicos, em todo o mundo, apresenta uma grande diversidade, desde a condição de pessoa física empregada assalariada pelo hospital, contratos por tempo indeterminado até a condição de autônomo prestador eventual de serviço (GIRARDI S.; CARVALHO; GIRARDI L., 2007).

Nunes et al. (2015) encontraram em pesquisa na Atenção Básica 18,8% de vínculos precários. No estudo de Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015) de todos os vínculos precários encontrados 53,45% estava na atenção hospitalar, o que reforça que neste nível de atenção o trabalho precário é ainda o mais frequente, atingindo, sobretudo, os profissionais de nível superior.

Os vínculos protegidos além de garantirem direitos aos trabalhadores e proteção social, tendem a manter contratos de trabalho por períodos maiores, com menor rotatividade de profissional. Segundo o Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (2010), somente uma parcela dos médicos apresentam trabalho formalizado (celetista ou funcionário público), sendo as situações mais frequentes, as cooperativas e os autônomos, entre os profissionais de outras

categorias, como enfermeiros, nutricionistas, entre outros, também podem ocorrer estes vínculos, porém em menor proporção.

No que se refere à educação permanente, dentre os hospitais que a realizam, o estudo mostrou que a maioria (50%) dos estabelecimentos o faz de maneira esporádica, em apenas 19,29% é contínua, com destaque para ações voltadas ao profissional de nível técnico, sendo 28,73% esporádica e 11,43% contínua (tabela 2).

A educação permanente, segundo a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004) busca promover a aprendizagem com base na reflexão crítica e problematização do processo de trabalho sobre as vivências reais nos serviços de saúde. Deve se orientar pelas necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde.

No estudo de Tronchin et al. (2009) que avaliaram três hospitais em São Paulo, demonstrou-se que as atividades de educação realizadas eram, em sua maioria, direcionadas aos profissionais de nível superior, para a execução de técnicas e recuperação da saúde em áreas específicas, reforçando um modelo individual com ações fragmentadas, distante das concepções e propostas das políticas públicas orientadas para a integralidade, trabalho em equipe e interdisciplinar da educação permanente.

No presente estudo, os entrevistados com nível técnico relataram maior quantidade de atividades de educação permanente, tanto esporádicas (28,57%) como contínuas (11,43%). Em relação aos profissionais de nível superior, apenas 7,9% informaram realizar atividades de educação continuada e 21,4% esporádica (tabela 2). Isso pode indicar que as atividades de educação permanente realizadas têm como objetivo aprimorar procedimentos, protocolos e rotinas, sem efetivamente ser um processo de desenvolvimento visando à desalienação do trabalhador.

O PCCS é um mecanismo de gestão do trabalho que contempla, dentre outros, os tipos de vínculos, as formas de remuneração, os meios para a progressão e promoção da carreira, sendo um incentivo para a maior fixação dos profissionais nos serviços de saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Em nenhum dos 12 hospitais, campo do estudo, existe PCCS implantado oficialmente, mesmo assim 21,43% dos trabalhadores relataram a sua presença nas instituições em que atuam, principalmente, os de nível técnico (19,29%). Além de 8,57% não saberem informar se havia PCCS em seus locais de trabalho, evidenciando a dificuldade dos trabalhadores em compreender a importância desse mecanismo para a sua segurança e mesmo de lutar pela existência de planos em suas instituições. Nesse sentido certa conformação pode ser evidenciada pela baixa participação política dos trabalhadores, pois apenas 15 (12,93%) informaram participar de sindicatos da categoria.

A implantação do PCCS tem sido referida como fundamental na fixação dos trabalhadores e para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, e consequentemente para a consolidação do SUS (BRASIL, 2005b).

> O Ministério da Saúde acredita que o PCCS-SUS representa avanços tanto no sentido de regular as relações de trabalho como, também, no desenvolvimento do trabalhador, estabelecendo as possibilidades concretas de consolidação da carreira como instrumento estratégico para o fortalecimento e a consolidação do SUS. (BRASIL, 2005b, p. 20).

Apesar da importância do PCCS para a gestão do trabalho na saúde, parece não ser prioridade, em especial nos hospitais privados, que realizam remunerações diferenciadas para uma mesma categoria profissional, aumentando a rotatividade dos trabalhadores, interferindo na satisfação profissional e na qualidade dos serviços oferecidos à população. A ausência de PCCS ou mesmo de outros mecanismos de gestão do trabalho nas instituições que prestam serviços de saúde, considerados “de relevância pública” pela Constituição Federal, revela a pouca capacidade de regulação do Estado brasileiro, uma vez que a própria Constituição Federal afirma que independente de serem públicas ou privadas, as ações de saúde devem ser reguladas, fiscalizadas e controladas pelo Poder Público (Art. 197 da Constituição Federal, BRASIL, 1988). De acordo com Santos (2015), um traço em comum de todas as instituições que prestam serviços de saúde é a sua natureza pública, independente da titularidade ser pública ou privada.

Ao verificar a faixa salarial, identificou-se que 70,71% dos profissionais recebem de R$ 1.000,00 a R$ 3.000,00. No nível técnico os salários são mais

baixos em relação ao nível superior, com diferença estatística ($p<0,0001$). A média salarial foi de R$ 3.198,00±4.025,25, a partir de R$ 7.000,00 identificou-se apenas na categoria médica. Para comparar o salário entre os diferentes profissionais, foram calculados os valores registrados e convertidos para 36 horas, sendo evidenciada uma maior divergência com uma média de R$ 5.953,11 ± 19.236,27 (dados que não constam em tabela).

A valorização da categoria médica em relação às outras profissões da área da saúde é um processo construído histórica e socialmente. Esse trabalhador é visto como o principal responsável pelo cuidado, especialmente no espaço hospitalar, pela responsabilidade/poder de internar e decidir sobre a alta dos pacientes, além de prescrever ações com desdobramentos para toda a equipe multiprofissional.

Mas, contraditoriamente, são os profissionais mais fragilizados do ponto de vista da proteção social, pois enquanto para a maioria (80%) dos profissionais entrevistados a forma de contratação é a assalariada, para 100% dos médicos a forma encontrada foi a não-assalariada (tabela 2). Segundo Girardi S., Carvalho e Girardi L., (2007), a forma pagamento-tempo, típica dos assalariados que recebem a partir de uma carga horária pré-determinada, é a mais frequente nas categorias profissionais, com exceção do médico.

Ao analisar a existência de avaliação de desempenho, nas instituições, observou-se uma maior frequência de relatos (20%) no nível técnico (tabela 3), o que pode estar relacionado com o tipo de trabalho que realizam, em geral, supervisionados por um profissional de nível superior e pela maior quantidade de vínculos protegidos neste nível de formação (tabela 2). Mesmo assim, ainda é muito baixa a porcentagem de trabalhadores que afirmaram passar por avaliação de desempenho periódica e formalmente.

Certamente, no cotidiano do trabalho isso pode estar ocorrendo informalmente. Ainda, com destaque para o nível técnico, com diferença estatística, 27,14% identificaram progressão e promoção na carreira, porém, o critério utilizado na grande maioria foi a formação, com implicações na mudança de função (tabela 3).

Tabela 3. PCCS e mecanismos de gestão do trabalho em hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação, 2015.

Gestão do trabalho	Nível Superior n=68		Nível Técnico n=72		Total n=140		valor p
	n	%	n	%	n	%	
PCCS							
Não	59	42,14	39	27,86	98	70,00	
Não sabe/não informou	6	4,29	6	4,29	12	8,57	<0,0001
Sim	3	2,14	27	19,29	30	21,43	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Avaliação de desempenho							
Não	57	40,71	37	26,43	94	67,14	
Não sabe/não informou	3	2,14	7	5,00	10	7,14	0,0002
Sim	8	5,71	28	20,00	36	25,71	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Progressão e promoção na carreira							
Não	55	39,29	33	23,57	88	62,86	
Não sabe/não informou	3	2,14	1	0,71	4	2,86	<0,0001
Sim	10	7,14	38	27,14	48	34,29	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Pagamento de gratificação							
Não	51	36,43	63	45,00	114	81,43	
Não sabe/não informou	3	2,14	4	2,86	7	5,00	0,062
Sim	14	10,00	5	3,57	19	13,57	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Pagamento de incentivo							
Não	52	37,14	46	32,86	98	70,00	
Não sabe/não informou	0	0,00	1	0,71	1	0,71	0,198
Sim	16	11,43	25	17,86	41	29,29	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	

Legenda: PCCS: Plano de Carreira, Cargos e Salários.
Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao pagamento de gratificações, foi citado em maior número pelos profissionais de nível superior (10%) do que pelos de nível técnico (3,57%), provavelmente porque os cargos de chefias em geral são exercidos por profissional de nível superior. Já no que se refere ao pagamento de incentivos, embora apenas 29,29% dos trabalhadores afirmaram receber algum incentivo, isso ocorreu mais entre os profissionais de nível técnico (11,43%) (tabela 3).

O incentivo é um mecanismo de premiação frequentemente utilizado para manter os melhores profissionais na instituição e para reduzir o absenteísmo. Isso foi confirmado pelos dados da pesquisa, naqual, 20,71% dos profissionais informaram receber incentivo para redução do absenteísmo, principalmente entre os profissionais do nível técnico (14,29%). No nível superior, além da redução do absenteísmo (6,43%) também foi relatada a gratificação por função (6,43%) (tabela 4). A falta/inexistência de gratificações/incentivos pode levar à alta rotatividade, à insatisfação no trabalho, à desvalorização do trabalhador e ao alto índice de absenteísmo. Uma forma comumente empregada é de “premiar” os trabalhadores mais assíduos.

Tabela 4. Pagamento de gratificação ou incentivos em hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação, 2015.

Pagamentos de gratificação ou incentivos	Nível Superior n=68		Nível Técnico n=72		Total n=140		valor p
	n	%	n	%	n	%	
Tempo de serviço							
Sim	2	1,43	3	2,14	5	3,57	0,69
Não	66	47,14	69	49,29	135	96,43	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Vale refeição							
Sim	4	2,86	2	1,43	6	4,29	0,62
Não	64	45,71	70	50,00	134	95,71	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Por função							
Sim	9	6,43	0	0,00	9	6,43	0,0044
Não	59	42,14	72	51,43	131	93,57	
Total	68	48,57	72	51,43	140	100,00	
Plano de saúde							
Sim	3	2,14	2	1,43	5	3,57	
Não	65	46,43	70	50,00	135	96,43	0,94
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Redução do absenteísmo							
Sim	9	6,43	20	14,29	29	20,71	0,055
Não	59	42,14	52	37,14	111	79,29	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Adesão às rotinas							
Sim	1	0,71	0	0,00	0	0,00	0,97
Não	67	47,86	72	51,43	73	52,14	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*73*	*52,14*	
Auxílio para filhos							
Sim	0	0,00	1	0,71	1	0,71	0,32
Não	68	48,57	71	50,71	139	99,29	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Exclusividade de trabalho							
Sim	1	0,71	0	0,00	1	0,71	0,97
Não	67	47,86	72	51,43	139	99,29	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*140*	*100,00*	
Produtividade							
Sim	0	0,00	2	1,43	2	1,43	0,32
Não	68	48,57	70	50,00	70	50,00	
Total	*68*	*48,57*	*72*	*51,43*	*72*	*51,43*	

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar a forma de ingresso, o tipo de vínculo, o PCCS e a educação permanente de acordo com o porte hospitalar, observa-se que quanto menor o porte hospitalar maior a diversidade de formas de ingresso e de tipos de vínculos (tabela 5). Em relação aos tipos de vínculos, nos hospitais de grande porte (1) e médio porte (3) identificaram-se apenas vínculos celetistas e autônomos, enquanto que nos hospitais de pequeno porte (8) observa-se contrato informal, cargo de confiança, cooperativa, proprietário e estatutário. Este dado pode ser relacionado pelas diversas formas de ingresso nos hospitais de pequeno porte.

O porte dos hospitais, segundo o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), pode influenciar no melhor desempenho em relação à gestão organizacional, ao apoio técnico e logístico e a gestão da atenção à saúde. Os requisitos exigidos dos serviços de maior complexidade são mais cumpridos em relação aos de menor complexidade, podendo se associar ao maior número de ações de políticas públicas, além disso, estes hospitais podem oferecer melhores condições para garantia da qualidade (BRASIL, 2007).

Tabela 5. Forma de ingresso, tipos de vínculos, PCCS, educação permanente, gratificações e incentivos nos hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o porte dos hospitais, 2015

.

Variáveis	Grande Porte n=71	%	Médio Porte n=27	%	Pequeno Porte n=42	%	Total n=140	%	P - valor
Forma de ingresso									
Processo seletivo	59	42,14	10	7,14	10	7,14	79	56,43	
Análise de currículo	0	0,00	1	0,71	3	2,14	4	2,86	
Carta Convite	1	0,71	5	3,57	9	6,43	15	10,71	
Concurso	0	0,00	0	0,00	3	2,14	3	2,14	<0,0001
Entrevista	3	2,14	4	2,86	5	3,57	12	8,57	
Indicação	0	0,00	5	3,57	9	6,43	14	10,00	
Outros	8	5,71	2	1,43	3	2,14	13	9,29	
Total	*71*	*50,71*	*27*	*19,29*	*42*	*30,00*	*140*	*100,00*	
Tipos de vínculos									
CLT	62	44,29	21	15,00	24	17,14	107	76,43	
Autônomo	9	6,43	6	4,29	9	6,43	24	17,14	
Contrato informal	0	0,00	0	0,00	1	0,71	1	0,71	
Cargo de confiança	0	0,00	0	0,00	1	0,71	1	0,71	0,013
Cooperativa	0	0,00	0	0,00	2	1,43	2	1,43	
Proprietário	0	0,00	0	0,00	2	1,43	2	1,43	
Estatutário	0	0,00	0	0,00	3	2,14	3	2,14	
Total	*71*	*50,71*	*27*	*19,29*	*42*	*30,00*	*140*	*100,00*	
PCCS									
Não	45	32,14	17	12,14	36	25,71	98	70,00	
Não sabe/não informou	6	4,29	4	2,86	2	1,43	12	8,57	0,079
Sim	20	14,29	6	4,29	4	2,86	30	21,43	
Total	*71*	*50,71*	*27*	*19,29*	*42*	*30,00*	*140*	*100,00*	
Educação permanente									
Contínua	14	10,00	7	5,00	6	4,29	27	19,29	
Esporádica	46	32,86	9	6,43	15	10,71	70	50,00	0,0031
Não	11	7,86	10	7,14	20	14,29	41	29,29	
Não sabe/não informou	0	0,00	1	0,71	1	0,71	2	1,43	
Total	*71*	*50,71*	*27*	*19,29*	*42*	*30,00*	*140*	*100,00*	
Gratificações									
Não	54	38,57	25	17,86	35	25,00	114	81,43	
Não sabe/não informou	7	5,00	0	0,00	0	0,00	7	5,00	0,07
Sim	10	7,14	2	1,43	7	5,00	19	13,57	
Total	*71*	*50,71*	*27*	*19,29*	*42*	*30,00*	*140*	*100,00*	
Incentivos									
Não	40	28,57	25	17,86	33	23,57	98	70,00	
Não sabe/não informou	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,0008
Sim	31	22,14	2	1,43	9	6,43	42	30,00	
Total	*71*	*50,71*	*27*	*19,29*	*42*	*30,00*	*140*	*100,00*	

Legenda: CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas; PCCS: Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à existência de PCCS, no hospital de grande porte 14,29% dos entrevistados confirmaram a sua presença, embora se constatou que em nenhum hospital da região existe PCCS instituído. Isso porque nos hospitais de grande porte a instituição de mecanismos de incentivos está mais formalizada, assim alguns profissionais podem compreendê-la de maneira equivocada. Apesar da utilização dos incentivos ser uma estratégia que pode complementar a renda dos profissionais e valorizá-los, poucas evidências foram demonstradas na sua verdadeira efetividade ou impactos assistenciais (DITTERICH; T. MOYSÉS; J. MOYSÉS, 2012).

Por fim, em relação à educação permanente nota-se também uma maior presença no hospital de grande porte, que quando somadas de maneira contínua e esporádica atingiu-se 42,86%. A educação permanente, segundo um estudo em quatro hospitaisdo estado de Santa Catarina identificou como obstáculos a falta de um planejamento institucional não a caracterizando como uma prioridade nos hospitais, frente aos problemas relatados como falta de pessoal, desmotivação e sobrecarga de trabalho (LINO et al., 2009).

Conclusões

No que se refere à gestão do trabalho nos 12 hospitais da 9.ª Região de Saúde do Paraná cabe destacar o alto percentual de vínculos precários, especialmente entre os médicos, odontólogos e fonoaudiólogos que atingiu 100% dos trabalhadores entrevistados; os mecanismos de ingresso baseados em critérios subjetivos como carta convite (10,71%), indicação (10%) e outros (9,29%); e a ausência de PCCS, que além de não definir claramente os salários e a carreira na instituição, deixa o trabalhador a mercê das decisões do empregador, podendo ser um elemento desmotivador com repercussões na qualidade do trabalho oferecido à população. Um sinalizador importante de certo conformismo com a situação e mesmo de alienação do trabalhador foi a baixa participação política, pois, apenas 12,93% dos entrevistados relataram participar de sindicatos.

A situação encontrada nos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná, pode se repetir em outras regiões do Estado e mesmo em nível nacional. Considerando que dos 6.701 hospitais existentes no País, 70% são privados (CNES, 2015) e que

as ações e serviços de saúde são de relevância pública, parece urgente que o Estado brasileiro de fato exerça seu papel constitucional de regulador, fiscalizador e controlador dos serviços de saúde, independente da titularidade de quem os execute. Isso parece essencial para que os hospitais se integrem, efetivamente, nas redes de atenção à saúde, para que os trabalhadores tenham respaldo para se organizarem e reivindicarem melhores condições de trabalho e assim a população possa ter uma assistência de qualidade de acordo com o modelo que o SUS propõe.

Por fim, reconhece-se os limites do trabalho que não contemplou os gestores dos hospitais como sujeitos da pesquisa, bem como questões relacionadas aos processos decisórios internos e mecanismos de participação dos trabalhadores na condução do processo de trabalho nas instituições pesquisadas.

Referências

BARALDI, S.; DIAZ, M.Y.P; MARTINS, W. de J.; CARVALHO JUNIOR, W. de J. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 6, n. 3, p. 539-548, 2008. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=ResultadoBusca&Num=224>. Acesso em: 20 mar. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 14 de set. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão e da regulação do trabalho em saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: Pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf>. Acesso em: 02 de jun. 2015.

_____._____. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília, DF, 2005a. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

_____._____. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão e da regulação do trabalho em saúde. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde:** Agenda positiva do departamento de estão e da regulação do trabalho em saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf>. Acesso em: 09 de nov. 2013.

_____._____. 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 09 de nov. 2013.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CAMELO, S. H. H. Políticas de Recursos Humanos: Sistema Único de Saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 589-594, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a23.pdf >. Acesso em: 20 de jan. 2014.

CHIAVEGATO FILHO, L.G; NAVARRO, V.L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In: LOURENÇO, E. de S; NAVARRO, V.L (Orgs.). **O avesso do trabalho III:** saúde do trabalhador e questões contemporâneas. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

COMARU, C.M. **Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadores de enfermagem:** uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa. Dissertação – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **O Trabalhador de Saúde em Seis Regiões Metropolitanas Brasileiras**. Nota Técnica, n. 33, set. 2006. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/notatecnica/2006/notatec33saude.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2013.

DITTERICH, R. G. ; T. MOYSÉS, S.; J. MOYSÉS, S. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4. p. 615-627, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

EBERHARDT, L.D; CARVALHO, M; MUROFUSE, N.T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 4. p. 18-29, jan-mar 2015.

FREITAS, G.F. de; FUGULIN, F.M.T; FERNANDES, M. de F.P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 40, n. 3. p. 434-438, 2006.

GIRARDI, S.N; CARVALHO, C.L; GIRARDI, L.G. **Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico:** os conceitos e evidências internacionais. 2007. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESCON-UFMG/Modalidades_contratacao_trabalho_medico.pdf>. Acesso em: 10 de abr. 2015.

LINO, M, M et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, v. 7, n, 1, p, 115-136, jun. 2009. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r238.pdf >. Acesso em: 25 de out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 03 de maio de 2014.

MACIEL, R.H; SANTOS, J.B.F. dos; SALES, T.B.; Alves, M.A. de A; LUNA, A.P; FEITOSA, L.B. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 5, p. 950-956, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1652.pdf>. Acesso em: 10 de nov. 2013.

NUNES, E. de F. de A; SANTINI, S.M.L; CARVALHO, B.G; CORDONI JÚNIOR, L. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 4. p. 29-41, jan-mar 2015.

PIERANTONI, C.R; VARELLA, T.C; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A.F. do R; SANTANA, J.P. de; SANTOS NETO, P.M dos (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises, Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, v. 4, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2013.

PIERANTONI, C.R; VARELLA, T.C; SANTOS, M.R. dos; FRANÇA, T; GARCIA, A.C. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704. 2008.

PINA, J.A; STOTZ, E.N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 39, n. 130, p. 150-160. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572014000200150>. Acesso em: 04 ago. 2015.

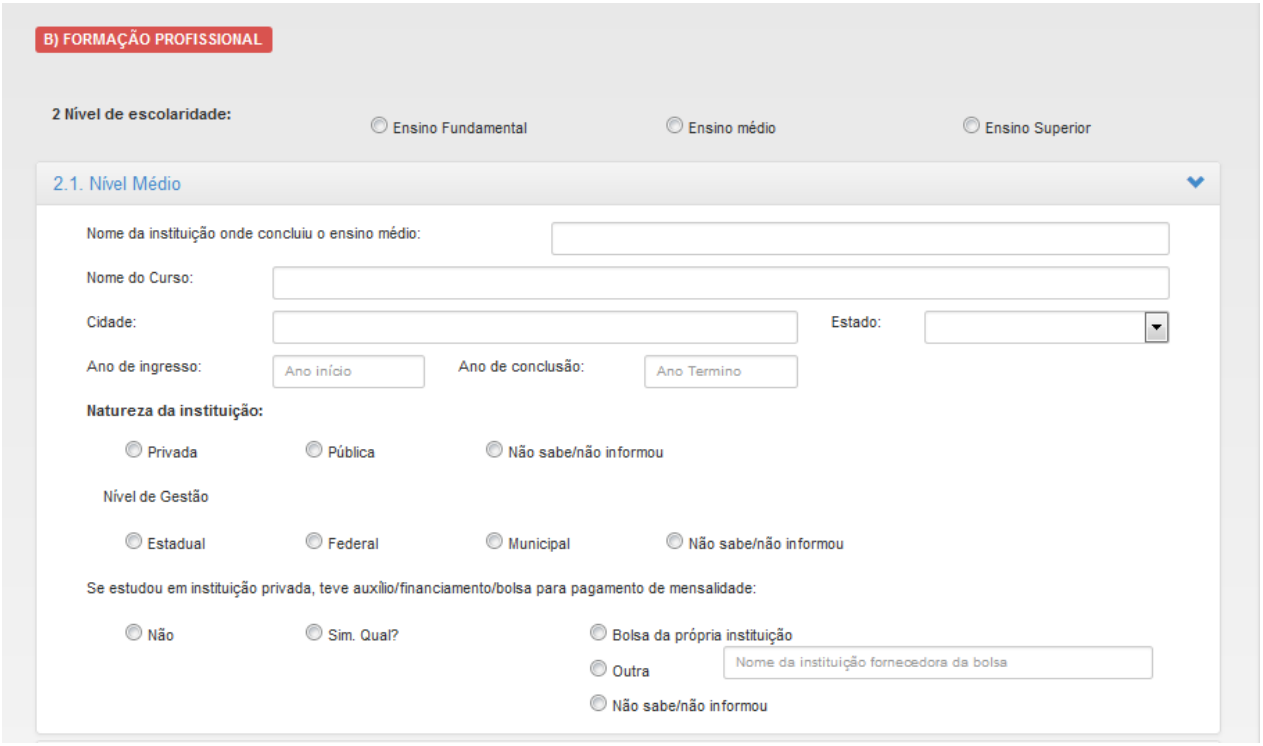
SANTOS, L. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementariedade dos serviços privados à rede pública do SUS. **Saúde em Debate.** (artigo aprovado) Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3115>. Acesso em: 14 set. 2015.

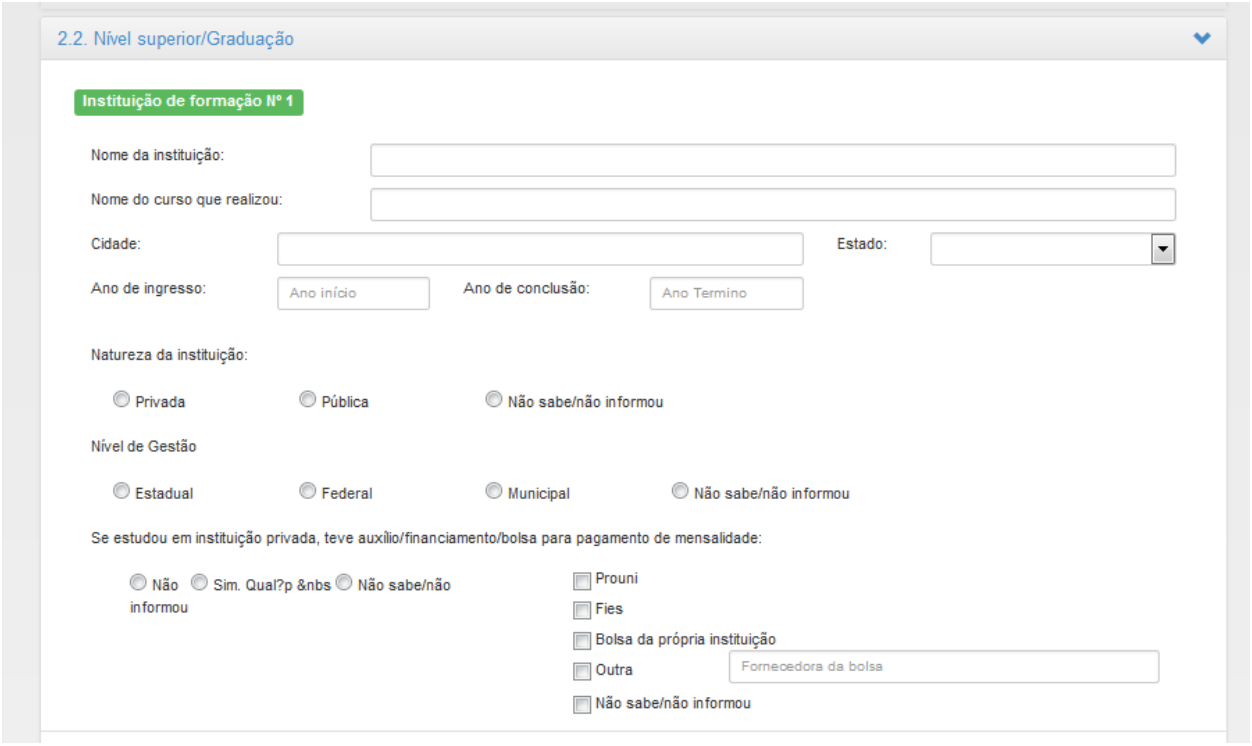
TRONCHIN, D.M.R; MIRA, V.L; PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T; MELLEIRO, M.M; SILVA, J.A.M. da; SILVA, A.M. da; SOARES, J.M. de S. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43 (Esp 2), p. 1210-5. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a11v43s2.pdf>. Acesso em: 29 maio. 2015.

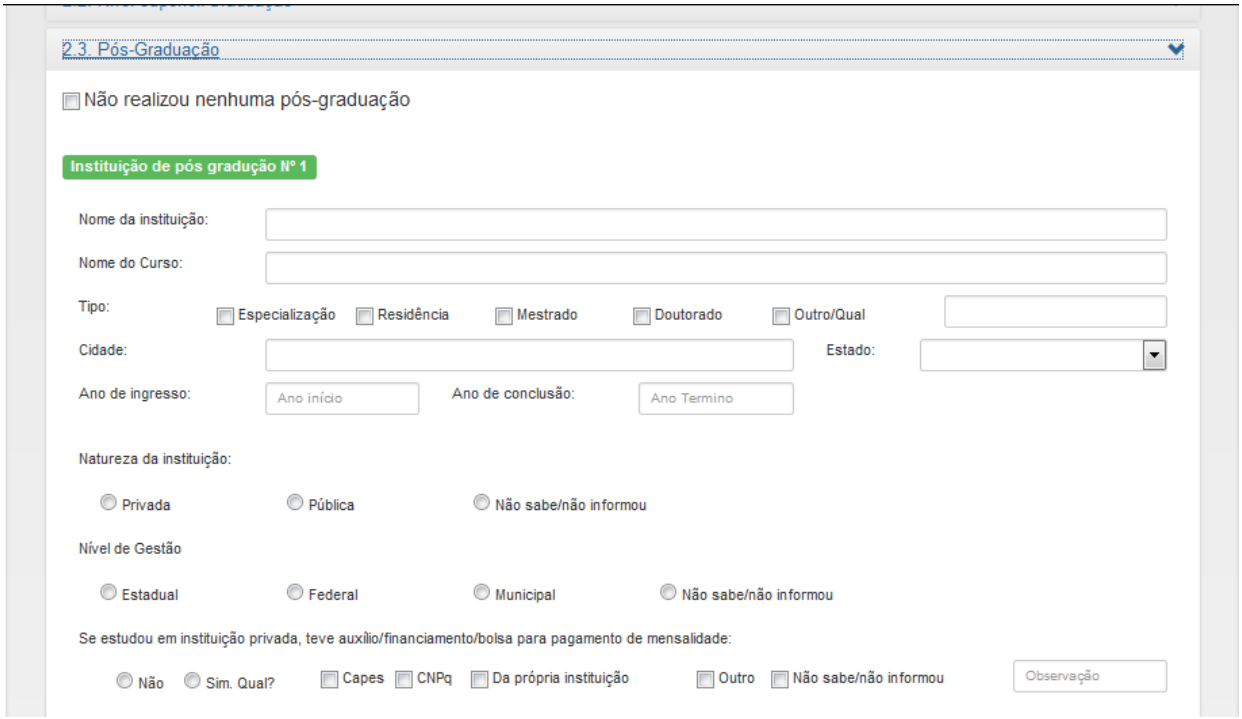
VIANA, D. L. **Gestão do Trabalho em Saúde:** revisão da literatura por meio de *scoping review*. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28032013-142152/pt-br.php>. Acesso em: 12 jul. 2013.

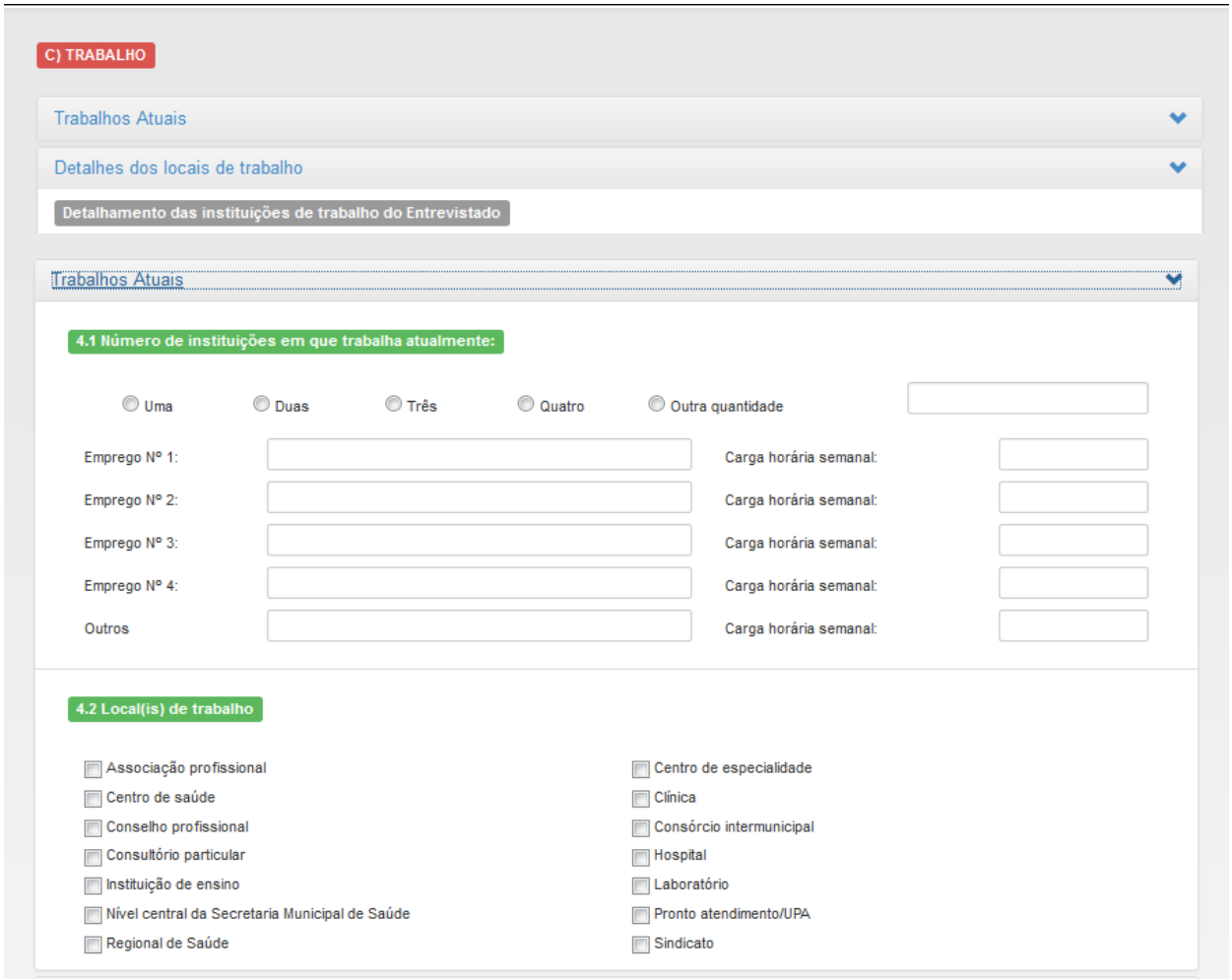
APÊNDICE A:

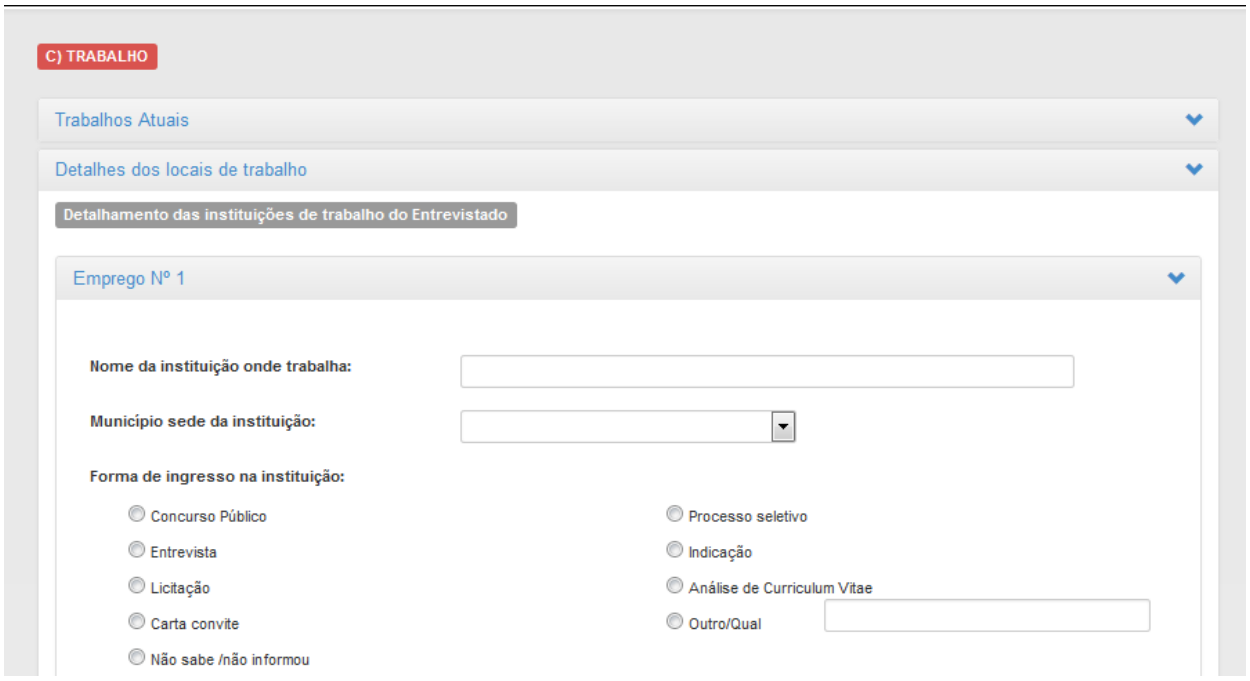
Questionário




2.2. Nível superior/Graduação
Instituição de formação Nº 1
Nome da instituição:
Nome do curso que realizou:
Cidade:
Estado:
Ano de ingresso:
Ano início
Ano de conclusão:
Ano Termino
Natureza da instituição:
Privada
Pública
Não sabe/não informou
Nível de Gestão
Estadual
Federal
Municipal
Não sabe/não informou
Se estudou em instituição privada, teve auxílio/financiamento/bolsa para pagamento de mensalidade:
Não
Sim. Qual?p &nbs
Não sabe/não informou
Prouni
Fies
Bolsa da própria instituição
Outra
Fornecedora da bolsa
Não sabe/não informou


2.3. Pós-Graduação
Não realizou nenhuma pós-graduação
Instituição de pós gradução Nº 1
Nome da instituição:
Nome do Curso:
Tipo:
Especialização
Residência
Mestrado
Doutorado
Outro/Qual
Cidade:
Estado:
Ano de ingresso:
Ano início
Ano de conclusão:
Ano Termino
Natureza da instituição:
Privada
Pública
Não sabe/não informou
Nível de Gestão
Estadual
Federal
Municipal
Não sabe/não informou
Se estudou em instituição privada, teve auxílio/financiamento/bolsa para pagamento de mensalidade:
Não
Sim. Qual?
Capes
CNPq
Da própria instituição
Outro
Não sabe/não informou
Observação


C) TRABALHO
Trabalhos Atuais
Detalhes dos locais de trabalho
Detalhamento das instituições de trabalho do Entrevistado
Trabalhos Atuais
4.1 Número de instituições em que trabalha atualmente:
Uma
Duas
Três
Quatro
Outra quantidade
Emprego Nº 1:
Carga horária semanal:
Emprego Nº 2:
Carga horária semanal:
Emprego Nº 3:
Carga horária semanal:
Emprego Nº 4:
Carga horária semanal:
Outros
Carga horária semanal:
4.2 Local(is) de trabalho
Associação profissional
Centro de saúde
Conselho profissional
Consultório particular
Instituição de ensino
Nível central da Secretaria Municipal de Saúde
Regional de Saúde
Centro de especialidade
Clínica
Consórcio intermunicipal
Hospital
Laboratório
Pronto atendimento/UPA
Sindicato


C) TRABALHO
Trabalhos Atuais
Detalhes dos locais de trabalho
Detalhamento das instituições de trabalho do Entrevistado
Emprego Nº 1
Nome da instituição onde trabalha:
Município sede da instituição:
Forma de ingresso na instituição:
Concurso Público
Entrevista
Licitação
Carta convite
Não sabe /não informou
Processo seletivo
Indicação
Análise de Curriculum Vitae
Outro/Qual

Detalhamento das instituições de trabalho do Entrevistado

Emprego Nº 1

Nome da instituição onde trabalha:

Município sede da instituição:

Forma de ingresso na instituição:

- ( ) Concurso Público
- ( ) Processo seletivo
- ( ) Entrevista
- ( ) Indicação
- ( ) Licitação
- ( ) Análise de Curriculum Vitae
- ( ) Carta convite
- ( ) Outro/Qual
- ( ) Não sabe /não informou

Natureza da organização onde trabalha:

- ( ) Pública
- ( ) Privada
- ( ) Outra – Qual
- ( ) Não sabe /não informou

Carga horária/semanal na instituição:

Salário/remuneração na instituição:

Tempo de atuação na instituição Anos Meses [ ] Não sabe /não informou

Vínculo de trabalho na instituição:

- ( ) Estatutário
- ( ) CLT
- ( ) Autônomo
- ( ) Temporário
- ( ) Cargo de Confiança
- ( ) Consultoria
- ( ) Contrato Informal
- ( ) Outro/Qual
- ( ) Não sabe/não informou

Cargo/função que ocupa na instituição:

[ ] Atividade Assistencial
Cargo/função:
Carga horária/semanal: Tempo de atuação: Anos Meses

[ ] Atividade Administrativa
Cargo/função:
Carga horária/semanal: Tempo de atuação: Anos Meses

[ ] Atividade de ensino
Cargo/função:
Carga horária/semanal: Tempo de atuação: Anos Meses

[ ] Outra / Qual?
Cargo/função:
Carga horária/semanal: Tempo de atuação: Anos Meses

[ ] Não sabe/não informou

Jornada e ritmo de trabalho:

Turno de trabalho na instituição ☐ Manhã: ☐ Tarde: ☐ Noite: ☐ Não sabe/não informou:

Você faz pausa durante o trabalho na instituição?

○ Sim. Qual o tempo em minutos? _____

○ Não. Porque? _____ ○ Não sabe/não informou:

Você faz intervalo durante a jornada de trabalho diário:

○ Sim. Qual o tempo em minutos? _____

○ Não. Porque? _____ ○ Não sabe/não informou:

Existe a exigência de cumprimento de meta/produtividade na instituição?

○ Não: ○ Sim. Qual? _____ ○ Não sabe/não informou

Existe Plano de Carreira, Cargos e Salários na instituição? ○ Sim ○ Não ○ Não sabe/não informou

Os trabalhadores participaram da formulação do plano de carreira da instituição? ○ Sim ○ Não ○ Não sabe/não informou

Existe programa de avaliação de desempenho na instituição? ○ Sim ○ Não ○ Não sabe/não informou

Existe critério para avaliação de desempenho?

○ Não ○ Sim, Quais? _____ ○ Não sabe/não informou

Existe progressão e promoção na carreira na instituição?

○ Não ○ Sim. Quais? _____ ○ Não sabe/não informou

Existe critério para progressão e promoção na instituição?:

○ Não: ○ Sim, Quais? _____ ○ Não sabe/não informou

Existe pagamento de gratificação na instituição?

○ Não: ○ Sim, Qual o tipo? _____ ○ Não sabe/não informou

Remuneração/salário

Você recebe algum tipo de premio e/ou incentivo monetário pela instituição?

○ Não ○ Sim. Qual?

- ○ Por metas de contrato de gestão
- ○ Por produtividade
- ○ Por desempenho
- ○ Desempenho da equipe
- ○ Redução do absenteísmo na unidade
- ○ Por adesão a programa do governo
- ○ Outro, Qual? _____
- ○ Não sabe/não informou

Existe atividades de educação permanente na instituição?

Sim [ ] Não Não sabe/não informou

Se existe atividade de educação permanente na instituição ela ocorre:

- Em conjunto com instituições de ensino
- Pela própria instituição
- Por empresa contratada
- Outro
- Não sabe/não informou

A participação nas atividades educativas/treinamentos se dá por critérios de:

- Tempo de serviço
- Cargo que ocupa
- Necessidade de atualização
- Outro
- Não tem critério estabelecido
- Não sabe/não informou

Em quais dessas atividades educativas você participou nos últimos 12 meses?

- Congresso, seminário
- Curso de curta duração no município
- Palestra no município
- Reunião com profissionais do NASF
- Treinamento em serviço
- Não sabe/não informou
- Curso de curta duração fora do município
- Palestra fora do município
- Reunião com profissionais de apoio institucional
- Reunião de equipe para estudo
- Outro

Já sofreu acidente de trabalho nesta instituição?

Não Sim. Qual? Não sabe/não informou

Em caso de acidente, indique

Causa/motivo: Providências tomadas:

Em caso de acidente, houve afastamento do trabalho?

Não Sim, Quanto tempo? Não sabe/não informou

Já apresentou alguma doença do trabalho?

Não Sim, Qual? Não sabe/não informou

Em caso de doença, indique:

Doença: Causa/motivo:

Providências tomadas:

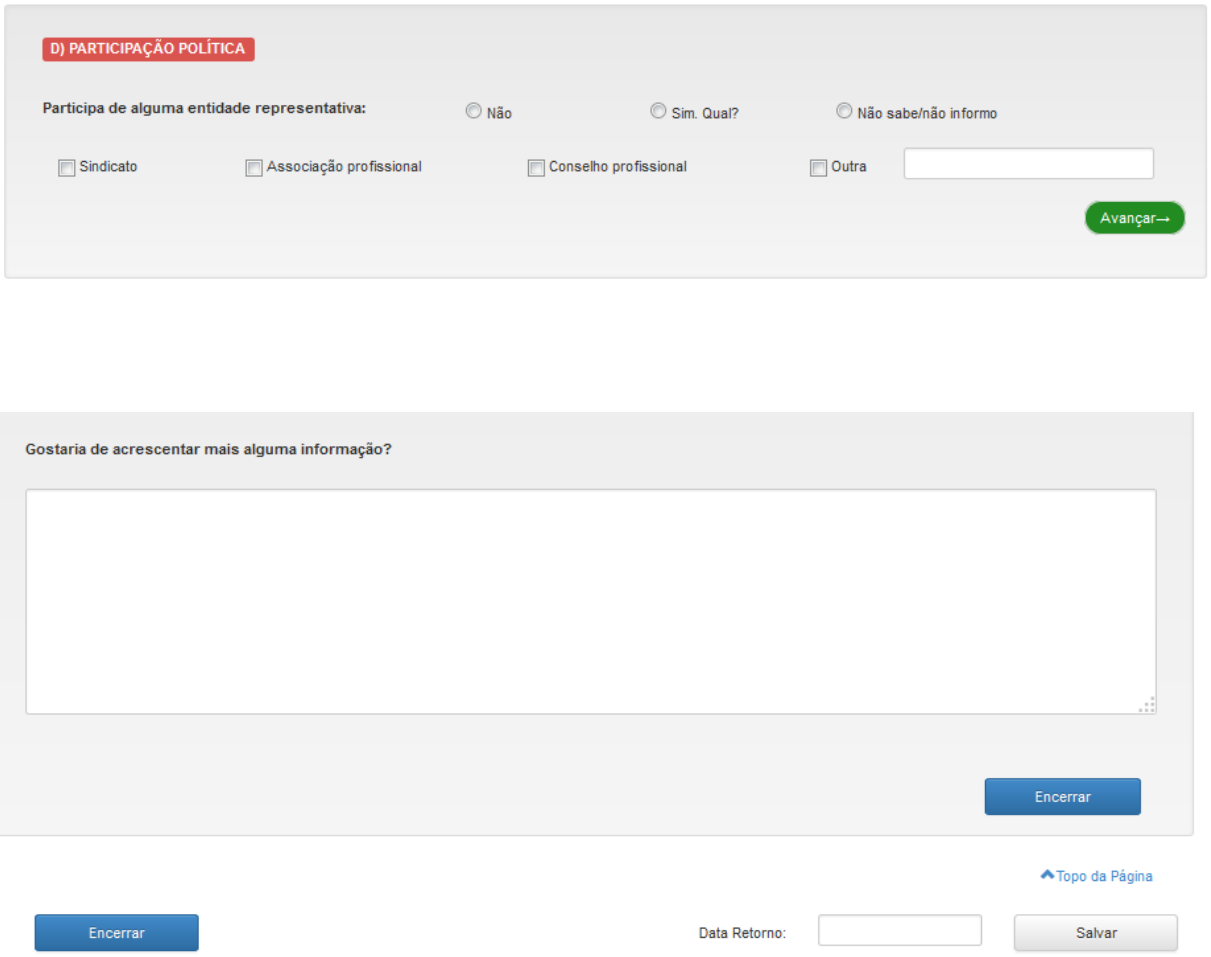
Em caso de doença, houve afastamento do trabalho?

Não Sim, Quanto tempo? Não sabe/não informou

Emprego Nº 2

Emprego Nº 3

Emprego Nº 4


D) PARTICIPAÇÃO POLÍTICA
Participa de alguma entidade representativa:
Não
Sim. Qual?
Não sabe/não informo
Sindicato
Associação profissional
Conselho profissional
Outra
Avançar→
Gostaria de acrescentar mais alguma informação?
Encerrar
Topo da Página
Encerrar
Data Retorno:
Salvar

APÊNDICE B:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: **FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: ESTRUTURA, DINÂMICA E TENDÊNCIA NA MACRORREGIÃO OESTE DO PARANÁ**
Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:
Manoela de Carvalho – (45)3220-3173
Maria Lucia Frizon Rizzotto – (45)3220-3173
Neide Tiemi Murofuse - (45)3220-3173

Convidamos _____ a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo **identificar o perfil dos profissionais e trabalhadores de saúde que atuam na macrorregião oeste do Paraná**, para isso será realizado **uma entrevista telefônica para responder a um questionário**.

Durante a execução do projeto, caso o entrevistado sinta-se constrangido ou não tenha interesse em continuar respondendo ao questionário, poderá suspender sua participação, sem qualquer prejuízo à sua pessoa. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento. **A sua participação será importante para contribuir com a caracterização do perfil de pessoas que atualmente atuam no setor de saúde da região estudada, para que possam ser formuladas políticas de gestão do trabalho que beneficiem não só os trabalhadores de saúde mas, a população usuária do sistema de saúde. Este termo** será entregue em duas vias, uma ficará com o sujeito da pesquisa e outra com o pesquisador; a participação na pesquisa não acarretará nenhuma forma de pagamento ou recebimento de pagamento de nenhuma das partes envolvidas; será mantido a confidencialidade do entrevistado e os dados serão utilizados só para fins científicos; o sujeito poderá cancelar sua participação a qualquer momento; o telefone do comitê de ética é (45) 3220-3272, caso necessite de maiores informações. Após o término da pesquisa, o entrevistado poderá ter acesso aos resultados da mesma por meio das publicações e divulgações a serem realizadas.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto**.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:
Assinatura:

Eu, **nome do pesquisador**, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.
Cascavel, _____ de _____ de 20____.

ANEXO A:

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ/

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Força de trabalho em saúde: estrutura, dinâmica e tendência na macrorregião oeste do Paraná

Pesquisador: Manoela de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20630213.6.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Fundação Araucária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 535.238

Data da Relatoria: 17/12/2013

Apresentação do Projeto:

satisfatória (pendências foram alteradas)

Objetivo da Pesquisa:

adequados ao estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

presentes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

estudo documental e in loco (entrevistas) sobre a força de trabalho em saúde mental na região oeste do PR

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos foram apresentados e estão adequados

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há mais pendências

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
UF: PR **Município:** CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ/

Continuação do Parecer: 535.238

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
As solicitações feitas foram atendidas pelo pesquisador

CASCAVEL, 19 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
João Fernando Christofoletti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
UF: PR **Município:** CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br