

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DAIANE SIQUEIRA DE LUCCAS

O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO  
DE ENSINO: TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE – SUS



CURITIBA

2013

DAIANE SIQUEIRA DE LUCCAS

O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO  
DE ENSINO: TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Liliana Müller Larocca.

CURITIBA

2013

Luccas, Daiane Siqueira de

O processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital público de ensino: transformações a partir da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS / Daiane Siqueira de Luccas – Curitiba, 2013.

84 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Liliana Müller Larocca  
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.


Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Larocca, Liliana Müller. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.10425

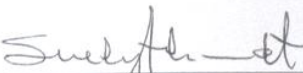
**TERMO DE APROVAÇÃO****DAIANE SIQUEIRA DE LUCCAS****O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DE  
ENSINO: TRANSFORMAÇÕES A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Políticas, práticas de saúde e educação em enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a): 

Profa. Dra. Liliana Müller Larocca

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Suely Teresinha Schmidt

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 09 de dezembro de 2013.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sabedoria e por iluminar meus passos.

À minha família, Augusto (*in memoriam*), Lucilene e Ricardo pelo amor e palavras de carinho nos momentos mais difíceis. Obrigada por me proporcionarem mais este sonho.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liliana Müller Larocca pelo confiança, paciência e atenção.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Regina Beltrão Marques (*in memoriam*) pela imensa contribuição a este trabalho.

Às colegas do mestrado pelas palavras de apoio e companheirismo.

À UFPR e professores, pelo conhecimento transmitido.

A CAPES pela bolsa fornecida durante todo esse tempo de estudo.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

## RESUMO

LUCCAS, D.S. **O processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital público de ensino: transformações a partir da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.** 84f (Dissertação). Mestrado em enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2013. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liliana Müller Larocca.

Este estudo teve por objetivo analisar as transformações no processo de trabalho dos enfermeiros de um Hospital Público de Ensino localizado no município de Curitiba, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde. Tais transformações foram analisadas sob a ótica da produção teórica do sociólogo Norbert Elias. Considerando que a formação da sociedade não é apenas uma somatória de indivíduos, e suas identidades individuais e coletivas estão sujeitas a mudanças, denominadas por Elias como processo civilizador, tal processo foi compreendido neste estudo como a implantação do Sistema Único de Saúde. Assim, esta pesquisa identificou a construção do *habitus* social dos enfermeiros, composto por identidade-eu e identidade-nós. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com análise de discurso para compreensão dos dados, os quais foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada aplicada a enfermeiros cujo processo de trabalho vinha desenvolvendo-se desde a implantação da Lei Orgânica do SUS em 1990. A análise de discurso foi realizada em três etapas, sendo que na primeira emergiram oito temas (integralidade, universalidade, processo de trabalho, financiamento, descentralização, hierarquização, regionalização e controle social), na segunda elaboramos as frases temáticas e posteriormente a categorização de acordo com os conceitos de Norbert Elias: figuração, interdependência e equilíbrio de tensões. Destacamos os temas integralidade, universalidade e financiamento, os quais emergiram intensamente nos discursos permitindo a discussão de seus aspectos positivos, tensões geradas bem como a percepção de que a interligação destas temáticas se faz necessária para olhar as políticas públicas de saúde como um processo civilizador. A partir da categorização das frases temáticas o conceito de figuração e equilíbrio de tensões se sobressaiu em número de frases, o que nos levou a concluir que relações estabelecidas entre enfermeiros e sistema de saúde são muito utilizadas no cotidiano dos sujeitos entrevistados e que as tensões geradas nos laços invisíveis do trabalho interferem no alcance da realização do seu objeto de trabalho. O não reconhecimento de mudanças no processo de trabalho do enfermeiro fez com que os temas e figuras relacionados ao conceito de interdependência, relações entre enfermeiro-usuário, não obtivessem o necessário destaque. Por fim, a percepção de que a implantação do SUS modificou o processo de trabalho do enfermeiro não foi identificada por estes sujeitos, porém o enfermeiro reconhece o SUS como modificador de rotinas do HC/UFPR por meio de seus princípios e diretrizes. Deste modo consideramos que as transformações induzidas pela implantação do SUS refletem no processo de trabalho deste profissional, ainda que indiretamente.

Palavras-chave: Enfermagem. Políticas públicas de saúde. Sistema único de saúde.

## ABSTRACT

LUCCAS, D.S. **Nurses' work process at a public teaching hospital: changes after the implementation of the Unified Public Health System – SUS.** 84f. Dissertation [Nursing Master's degree] – Federal University of Paraná, Curitiba. Advisor: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liliana Müller Larocca.

This study objectified to analyze changes in nurses' work process at a Public Teaching Hospital located in Curitiba, Paraná State/Brazil after the implementation of the Unified Public Health System (SUS in Portuguese). Such changes were analyzed in the light of sociologist Norberto Elias's theoretical production. Considering that society formation is not only the sum of individuals, and their individual, collective identities are subjected to changes, named by Elias as the civilizing process, understood in this study as the implementation of the Unified Public Health System. Thus, this research identified the construction of nurses' social habitus comprising I-identity and we-identity. Therefore, we carried out a qualitative study with discourse analysis for data understanding which were gathered by means of a semi-structured interview applied to nurses whose work process has been developed since the implementation of SUS Organic Law in 1990. Discourse analysis was held in three steps; in the first, eight themes emerged (integrality, universality, work process, funding, decentralization, ranking, regionalization and social control); in the second, we elaborated theme phrases, and further categorization according to Norbert Elias's concepts: figuration, interdependence and power balance. We pointed out the themes integrality, universality and funding which vividly emerged from the discourses, enabling the discussion of the positive aspects, generated tensions and the perception that the interconnection of these themes is deemed necessary to view health public policies as a civilizing process. From the categorization of theme phrases, the concept of figuration and power balance stood out in a number of phrases, which led us to conclude that the relations established between nurses and the health system are greatly used in the interviewed subjects' daily life, and the tensions generated from invisible work ties interfere in the performance of the work object. Non-recognition of changes in nurses' work process caused the related themes and figures to the concept of interdependence and nurse-user relationships not to stand out. Finally, the perception that SUS implementation modified nurses' work process was not identified by these subjects, however, nurses recognized SUS as a routine modifier at Clinicas Hospital by means of its principles and guidelines. Thus, we consider that the changes brought about by SUS implementation reflect on these professionals' work process even indirectly.

**Key words:** Nursing. Health public policies. Unified Public Health System.



## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| FIGURA 1 - ETAPAS PARA UTILIZAÇÃO DA ANÁLISE DE DISCURSO .....     | 44 |
| FIGURA 2 - ETAPAS DA ANÁLISE DE DISCURSO APLICADAS NO ESTUDO ..... | 44 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| QUADRO 1 - TEMA INTEGRALIDADE.....        | 51 |
| QUADRO 2 - TEMA FINANCIAMENTO.....        | 52 |
| QUADRO 3 - TEMA PROCESSO DE TRABALHO..... | 52 |
| QUADRO 4 - TEMA UNIVERSALIDADE.....       | 53 |
| QUADRO 5 - TEMA CONTROLE SOCIAL.....      | 53 |
| QUADRO 6 - TEMA DESCENTRALIZAÇÃO.....     | 54 |
| QUADRO 7 - TEMA HIERARQUIZAÇÃO.....       | 54 |
| QUADRO 8 - TEMA REGIONALIZAÇÃO.....       | 54 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| GRÁFICO 1 - ANO DE INGRESSO DOS ENFERMEIROS NO HC/UFPR ..... | 46 |
| GRÁFICO 2 - CARGOS EXERCIDOS PELOS ENFERMEIROS .....         | 47 |

## LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Conasp – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direito de Natureza Financeira

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EC – Emenda Constitucional

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde

FPAS – Fundo de Previdência e Assistência Social

GPPGPS – Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde

HC/UFPR – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

HE – Hospital de Ensino

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IVD – Índice de Valorização de Desempenho

IVQ – Índice de Valorização de Qualidade

IVH – Índice de Valorização Hospitalar

IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IAV's – Índices Adicionais de Valorização

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSS – Orçamento da Seguridade Social  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PSF – Programa Saúde da Família  
RSB - Reforma Sanitária Brasileira  
SAE – Sistematização da Assistência  
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS  
SIH – Sistema de Informações Hospitalares  
STMO – Serviço de Transplante de Medula Óssea  
Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
US – Unidade de Serviço

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                                     | <b>14</b> |
| 1.1 OBJETIVO.....   | 16        |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                          | <b>17</b> |
| 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CAMINHOS DA IMPLANTAÇÃO .....   | 17        |
| 2.1.1 As políticas públicas de saúde do Brasil .....          | 18        |
| 2.1.2 O Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes ..... | 23        |
| 2.2 O processo de trabalho do enfermeiro .....                | 31        |
| <b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....                            | <b>35</b> |
| 3.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO .....                    | 35        |
| 3.2 ABORDAGEM DO ESTUDO .....                                 | 39        |
| 3.3 LOCAL DO ESTUDO .....                                     | 39        |
| 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....                            | 41        |
| 3.5 COLETA DE DADOS .....                                     | 41        |
| 3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....                                    | 42        |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....                                      | 45        |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....                        | <b>46</b> |
| 4.1 TEMA INTEGRALIDADE.....                                   | 54        |
| 4.2 TEMA FINANCIAMENTO.....                                   | 57        |
| 4.3 TEMA PROCESSO DE TRABALHO .....                           | 61        |
| 4.4 TEMA UNIVERSALIDADE .....                                 | 63        |
| 4.5 TEMA CONTROLE SOCIAL .....                                | 64        |
| 4.6 TEMAS DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO.....              | 67        |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                           | <b>69</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....                                      | <b>71</b> |
| <b>APÊNDICES</b> .....  | <b>79</b> |
| <b>ANEXO</b> .....  | <b>82</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a graduação a pesquisadora participa de projetos de pesquisa focados nas relações estabelecidas pela sociedade. Tais estudos na iniciação científica e, posteriormente, no desenvolvimento da monografia de conclusão do curso de graduação tiveram uma efetiva relação dialógica com a Sociologia, particularmente a produção de Norbert Elias, e a necessária correlação com a área da saúde.

Este contato prévio promoveu uma base teórica e muitos questionamentos para sua aplicação no entendimento da dinâmica social do processo de trabalho dos Enfermeiros.

Ao ser aprovada no mestrado acadêmico da Universidade Federal do Paraná permaneceu o desejo de investigar os saberes desta temática, sendo que todo projeto foi elaborado com intuito de conhecer as relações estabelecidas entre os profissionais enfermeiros e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorridas a partir das mudanças implantadas pela Reforma Sanitária Brasileira. Um aprofundamento se fez necessário, e a utilização do referencial teórico de Norbert Elias e seu diálogo com as Políticas Públicas de Saúde do Brasil, bem como o processo de trabalho do enfermeiro tornaram-se um desafio para construção deste estudo.

A formação das sociedades não é apenas uma somatória de indivíduos. Suas identidades individuais e coletivas estão sujeitas a mudanças contextuais e estruturais ocorridas nesta mesma sociedade. Destaca-se, portanto, que indivíduos em sociedade desenvolvem funções interdependentes cuja estrutura e padrão confere especificidade a determinados grupos sociais.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde, em 1990, pode ser compreendida como um dos marcos paradigmáticos das mudanças na sociedade, com reflexos diretos e intensos na formação e atuação dos enfermeiros. O sociólogo Norbert Elias (1994b) se refere a este tipo de mudança como sendo um processo civilizador, o qual apresenta elementos para a compreensão das transformações ocorridas no comportamento humano em sociedade representado, neste estudo, pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) num hospital público de ensino do Estado do Paraná.

Historicamente, os indivíduos sempre estiveram ligados a atos produtivos geradores de mudanças no ambiente em que se encontravam. Esta atividade humana, denominada de trabalho, é orientada por um objetivo definido e permite ao ser humano transformar a natureza e por ela ser transformada (MERHY; FRANCO, 2005).

Sabendo-se que, por meio do processo de trabalho, os sujeitos são responsáveis por transformações sociais no espaço onde vivem, assim como o ambiente gera modificações nas subjetividades dos indivíduos, torna-se imprescindível desvendar as redes de interdependência existente entre estes e, que são passíveis de interferir no *habitus*<sup>1</sup> dos profissionais enfermeiros (ELIAS, 1994a), fato que justificou a realização deste estudo.

Para compreender as mudanças geradas no processo de trabalho do enfermeiro, e destacando a importância dos Hospitais Públicos de Ensino para categoria profissional, seja como espaço de atuação, formação e produção de conhecimento, utiliza-se o recorte histórico da promulgação do Sistema de Saúde Brasileiro como base legal para olhar o trabalho do enfermeiro sob a perspectiva teórica proposta por Elias.

A escolha deste recorte histórico se fez devido às discussões elencadas após 23 anos de implantação do SUS. Embora estudos apontem os avanços ocorridos no Setor Saúde brasileiro, relacionados à implantação do SUS como a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (Inamps), universalização do acesso, expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e o crescimento da produção e da produtividade em assistência à saúde, as promessas não cumpridas também são destacadas e exemplificadas pelo subfinanciamento do programa, a precarização das relações, as condições de trabalho inadequadas, entre outros (PAIM, 2008). É possível afirmar que houve mudanças a partir da homologação da Lei Orgânica do SUS, porém, questiona-se se isso trouxe impacto para o enfermeiro e se esta mudança é perceptível para o profissional.

Assim sendo, a promulgação da lei Orgânica do SUS forneceu elementos para a compreensão das transformações ocorridas no trabalho dos enfermeiros. Transformações, estas, que dialogam com aspectos propostos por Norbert Elias em

---

<sup>1</sup>*Habitus* corresponde à maneira como o indivíduo comporta-se dentro de sua teia de interdependência geradas a partir de dois fenômenos: o controle social e o autocontrole (ELIAS, 1994).



seus estudos sobre o Processo Civilizador, pois, segundo ele, processos sociais ocorrem interligados às histórias dos indivíduos que compõem a sociedade.

Segundo Larocca e Luccas (2009), a formação social é possuidora de dimensões variáveis categorizadas por uma determinada instituição, território, cidade, nação, entre outros. Em todas essas formações se fazem perceptíveis redes de interdependência entre os vários atores sociais, as quais são geradoras de uma produção histórica nas sociedades.

Diante do exposto, tem-se como objeto de pesquisa o processo de trabalho do enfermeiro e como questão norteadora: Como a implantação do Sistema Único de Saúde transformou o processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital público de ensino?

Este estudo está inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem, do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS).

## 1.1 OBJETIVO

Para responder a questão norteadora proposta, o objetivo deste estudo consiste em:

- Analisar as transformações no processo de trabalho dos enfermeiros de um Hospital Público de Ensino a partir da implantação do Sistema Único de Saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CAMINHOS DA IMPLANTAÇÃO

No Brasil, vários modelos de saúde foram concebidos e operacionalizados de acordo com os diversos períodos históricos. A modalidade de intervenção na saúde, estabelecida no Brasil República, valorizava o combate às epidemias. Nas décadas de 1960 e 1970, reformas institucionais implementadas priorizaram a medicina curativa, em detrimento de medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos. A centralidade na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente foi incapaz de melhorar os indicadores de saúde brasileiros (BRASIL, 2011a; ZOMBINI, *et al.*, 2012).

Mundialmente os sistemas de saúde organizam-se das mais diversas formas com destaque para a tríade de proteção social: assistência, seguro social e seguridade social. A assistência é apresentada ora como direito do cidadão e dever do Estado, ora como a relação entre o cidadão e a prestação de serviços à saúde, não necessariamente públicos (PAIM, 2009).

O seguro social e a seguridade social são universais, destinados a toda população, diferenciando-se pelo financiamento. O primeiro corresponde a um sistema de proteção social, no qual os serviços de saúde são garantidos a quem contribui com a previdência social, tendo como exemplo: Alemanha e França. Já a seguridade social é financiada por toda a sociedade por meio de impostos e contribuições, garantindo o direito à saúde, vinculado à condição de cidadania, como ocorre na Inglaterra, Canadá e Cuba (PAIM, 2009).

No Brasil, da década de 1920, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e, posteriormente, com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) e Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o sistema de saúde era baseado no seguro social.

Alterações no sistema de saúde vigente julgavam-se necessárias. Assim, as primeiras discussões iniciadas na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada no ano de 1978 na cidade de Alma Ata, estabeleceram que os estudos do processo saúde-doença apresentariam como foco a coletividade,

enfatizando a distribuição demográfica da saúde e doença e relativizando conceitos antigos que focavam apenas o individual. Tais discussões foram refletidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual as propostas transcendiam uma reforma apenas no âmbito administrativo e financeiro valorizando novas interpretações ao conceito de saúde (BRASIL, 2011a).

As mudanças propostas refletiram na prática de todos os profissionais de saúde que foram assimilando as novas diretrizes e a nova maneira de cuidar. Entre estes, destacamos neste processo o papel do enfermeiro que apresenta, em sua essência profissional, o cuidado ao ser humano, individual e coletivamente, desenvolvendo atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde.

A partir da Constituição de 1988, o sistema de *seguro social* foi gradativamente sendo substituído dando início à seguridade social, apontando a saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabelecendo os princípios e diretrizes do SUS (PAIM, 2009).

O SUS aparece num cenário histórico brasileiro em meio à dúvidas, tentativas e erros na transformação do modelo de saúde vigente. Por meio da participação de gestores, sociedade civil, legisladores e sanitaristas estabeleceu-se uma reforma do sistema de saúde, organizado de forma integrada e gratuita, pautado na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

### 2.1.1 As políticas públicas de saúde do Brasil

Para alcançar a implantação do Sistema de Saúde no Brasil uma longa trajetória foi percorrida, iniciando-se com os primeiros modelos de saúde no Brasil republicano. Até que se chegasse a este modelo, o Estado se limitava ao controle sanitário dos portos e na perspectiva da assistência à saúde de foco curativista e algumas campanhas de prevenção (BRASIL, 2011a).

A Proclamação da República, em 1889, ocorreu em um Brasil que se caracterizava pela predominância da produção agrícola, por altos índices de analfabetismo e por sérias doenças endêmicas e epidêmicas que acometiam a população.

No início do século XX, epidemias de febre amarela, peste e varíola atrapalhavam a economia agroexportadora, gerando a adoção de medidas sanitárias, saneamento dos portos e a vacinação obrigatória na tentativa de combater agravos que comprometiam a economia da nação (BRASIL, 2011a; PAIM, 2009).

Na década de 1910, um movimento impulsionado pela mudança na organização sanitária, sob a liderança de profissionais da saúde, autoridades políticas e intelectuais impactou em importantes resultados. Destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), pertencente ao Ministério da Justiça, o qual definiu bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde com estruturas de serviços de saúde pública em áreas rurais (BRASIL, 2011a; PAIM, 2009).

O reconhecimento legal da assistência à saúde como política pública gera divergências entre alguns autores. Escorel e Teixeira (2008) colocam que o mesmo se deu por meio da Lei Eloy Chaves, publicada em 1923, na qual houve a instituição das primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas consistiam em um fundo, organizado por empresas e pela coparticipação de trabalhadores e empregadores, objetivando a captação de recursos destinados às aposentadorias por idade, tempo de serviço, invalidez e morte. Algumas CAPs contribuíam significativamente na prestação de assistência à saúde.

Para Oliveira e Teixeira (1985), que corroboram com este pensamento, as tentativas de criação de instituições previdenciárias, outrora aos anos de 1920, não alcançaram uma implementação concreta. Já com o Decreto de 1923 foram efetivamente executadas e impactaram, na década seguinte, no número de instituições com uma estrutura previdenciária e nas altas arrecadações.

Em contrapartida, Donnangelo (1975)<sup>2</sup> apud Oliveira e Teixeira (1985) apresenta que somente com a criação dos IAPs, na era Vargas, é que a Previdência Social teve seu efetivo início. Embora reconheça o número considerável de CAPs criadas, a autora destaca que essa estratégia afetou uma parcela pouco significativa dos assalariados, sem participação direta do Estado no plano financeiro e administrativo, sendo sua natureza civil e privada.

---

<sup>2</sup> DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

No primeiro governo Vargas, em 1930, houve a substituição das antigas CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Deste modo, os profissionais passaram a ser organizados por categorias dos trabalhadores, e não mais pelas empresas, sendo acrescentadas as garantias de assistência médica e hospitalar, com internação de até 30 dias e socorros farmacêuticos (BRASIL, 2011a).

A partir de 1946, pode-se considerar que o Brasil passou por um período de experiência democrática. Na década de 1950 ocorreram importantes fatos nas políticas públicas de saúde, por exemplo, a criação do Ministério da Saúde (MS) – separação das pastas de Educação e Saúde, reorganização dos serviços nacionais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), implementação de campanhas de erradicação de doenças e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Apesar de considerados marcos, estes eventos não foram capazes de romper com a dicotomia entre saúde pública e assistência médica (BRASIL, 2011a).

No âmbito da formação de profissionais da saúde, a partir deste período os objetivos educacionais das escolas foram de encontro com os objetivos das instituições filantrópicas receptoras, dos professores e alunos. Os conflitos estabelecidos fizeram com que surgissem lideranças no meio acadêmico que reivindicaram a construção de hospitais próprios para suas escolas (BARBOSA NETO, 2008). Assim, surgiu em 1948, na cidade de Salvador, o primeiro Hospital de Clínicas pertencente a uma Universidade Federal brasileira (CALDAS JÚNIOR<sup>3</sup>, 1999 *apud* CARMO, 2006).

Porém, apesar dos esforços para criação de novos hospitais, os custos elevados do ensino médico incentivaram os legisladores educacionais a eximirem da responsabilidade do governo o custeio financeiro destes hospitais. Por meio da Lei nº 4.024/1961 foi definido, no artigo 93, “que não são consideradas despesas com o ensino: as de assistência social e hospitalar, mesmo quando ligadas ao ensino” (BARBOSA NETO, 2008).

No período da ditadura militar, compreendido entre 1964 e 1984, houve destaque para o domínio financeiro das instituições previdenciárias e a crescente mercantilização da saúde. Em 1966, ocorreu a unificação dos IAPs em um novo órgão no qual se concentraram todas as contribuições previdenciárias, denominado

---

<sup>3</sup>CALDAS JÚNIOR, A. L. Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização. **Associação Profissional dos docentes da UFMG**, Belo Horizonte, n.18, p. 95 -110, 1999.

então de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Porém, sem a abrangência necessária no suporte de assistência médica, isto é, trabalhadores rurais e informais ainda permaneciam excluídos de tais políticas (BRASIL, 2011a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; PAIM, 2009).

Na década de 1970 houve uma expansão do número de leitos hospitalares, da cobertura assistencial e do volume de recursos arrecadados. Porém, os serviços de saúde prestados pelas empresas privadas, pagas por Unidade de Serviço (US), serviram de fonte para corrupção. Além disso, recursos da Previdência Social financiaram construções e reformas de instituições hospitalares privadas (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O modelo de saúde previdenciário implantado durante a ditadura militar não obteve bons resultados no que tange a melhoria das condições de saúde da população brasileira e o principal motivo foi a priorização da medicina curativa. Esse modelo, centrado na atenção médico-hospitalar demandou altos custos à economia do país e não foi capaz de solucionar os problemas coletivos da saúde: inclusão social, endemias, epidemias e melhores indicadores de saúde. Além disso, a crise econômica gerou uma diminuição da contribuição previdenciária, bem como desvios de verbas para realização de obras não relacionadas às políticas de saúde do Brasil, tais como: rodovia transamazônica; ponte Rio-Niterói e a Usina Hidroelétrica de Itaipu (BRASIL, 2011a).

As decisões não assertivas nas políticas de saúde geraram uma articulação de diversos grupos com propostas transformadoras para o modelo de saúde vigente, culminando no denominado movimento sanitário ou Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Como participantes destacaram-se profissionais da saúde, movimentos populares, estudantes e pesquisadores, que possuíam em comum a busca pelas mudanças estruturais do setor de saúde (ESCOREL, 2008; PAIM, 2009).

Em 1978, discussões acerca da elitização da prática em saúde e a pouca acessibilidade da maior parte da população aos serviços de saúde foram apontados na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata. Durante o evento, a saúde foi referenciada como um direito fundamental dos indivíduos, cabendo aos governos responsabilidade sobre a mesma (BRASIL, 2011a).

Ao mesmo tempo em que houve uma consolidação do movimento reformista, o governo lançou estratégias denominadas de 'pacote da previdência' com o intuito

de dirimir a crise na qual a Previdência Social se encontrava. Neste pacote, estavam incluídos o aumento da contribuição, a diminuição dos benefícios aos aposentados e a intervenção na assistência médica da Previdência Social (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Para que o governo conseguisse organizar a assistência à saúde de acordo com as estratégias sugeridas criou-se, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Seus objetivos estavam pautados na contenção de gastos com a eliminação da remuneração dos hospitais por meio da Unidade de Serviço, na eficácia técnica e na racionalização das redes de atendimento (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O Conasp conseguiu semear um pequeno avanço na política de saúde com suas Ações Integradas de Saúde (AIS), parte do pacote de estratégias. Estas ações impactaram positivamente no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços municipais e na revisão do papel dos serviços privados, favorecendo os responsáveis pelas atividades de assistência à saúde, entre eles os hospitais de ensino (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Com a queda do regime militar e o advento da Nova República e a consequente redemocratização, os líderes da Reforma Sanitária Brasileira encontraram terreno fértil para a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Esse evento foi importante para a elaboração de estratégias da RBS focadas na democratização da saúde. Seu relatório final acabou por embasar tanto o capítulo *Saúde* da Constituição de 1988 como, posteriormente, as Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, as quais regulamentam a implantação do SUS (BRASIL, 2011a; PAIM, 2009).

Porém, até que fosse implantado o SUS, permaneceu em vigência um sistema criado em julho de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), possuindo os mesmos princípios básicos do SUS: universalização, igualdade, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação comunitária. O Suds foi uma estratégia para reorientação das políticas de saúde que consistiu no primeiro estágio evolutivo das AIS objetivando a transferência de recursos do Inamps para os serviços do Estado, os quais eram remunerados de

acordo com convênios pré-estabelecidos e não mais por prestação de serviços (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Como forma de incentivo para os hospitais de ensino e faculdades introduzirem atividades de capacitação extramuros (em áreas rurais e periferias urbanas, por exemplo), incorporar tecnologia à saúde, integrar a rede regional de serviços e realizar procedimentos de altos custos foi lançada a Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15, de 1987, a qual estabeleceu critérios para aplicação do Índice de Valorização de Desempenho (IVD) (BARBOSA NETO, 2008).

O IVD seria composto por dois outros índices: Índice de Valorização Hospitalar (IVH) - estipulado a cada Hospital Universitário e de Ensino, de acordo com a complexidade da instituição, resolutividade, integração à rede de serviços e perfil dos recursos humanos formados; e Índices Adicionais de Valorização (IAV's) – atividades extramuros e participação dos Sistemas Integrados de alto custo estabelecido pelo Inamps (BRASIL, 1987).

Em meio às mudanças ocasionadas pelo Suds, a evolução do movimento de Reforma Sanitária resultou na elaboração da Constituição Federal de 1988. A consequente criação do Sistema Único de Saúde foi pautada numa perspectiva do Estado como responsável em garantir a seguridade social<sup>4</sup> dos cidadãos, com destaque ao direito universal à saúde e organização de atendimento integral (BRASIL, 1988).

### 2.1.2 O Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes

Instituído pela Lei Orgânica de Saúde (Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990), o SUS é definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 1990).

Os serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados ao SUS, deverão atuar em conformidade com as diretrizes e princípios da universalidade, integralidade, igualdade, descentralização,

---

<sup>4</sup> Conjunto de ações integradas que garantam os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, sendo de competência do Poder Público (BRASIL, 1988).



hierarquização e regionalização, definidos na constituição de 1988 e na Lei Orgânica. Dentre esses, destacamos a Universalidade que garante o acesso a todos os serviços de saúde independentemente do nível assistencial necessário. Esse princípio substituiu o modelo baseado na seguridade social, apresentado historicamente nas políticas de saúde do Brasil, com direito de acesso à assistência a saúde apenas aos contribuintes formais da Previdência Social (BRASIL, 1990; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A Integralidade na assistência é compreendida como um conjunto de ações preventivas e curativas, oferecidas à população no âmbito individual e coletivo, englobando todos os graus de complexidade. Destaca-se a relevância da não dissociação dos serviços preventivos e curativos, bem como uma articulação entre gestores dos vários setores da sociedade para a garantia de condições satisfatórias de saúde à população (BRASIL, 1990; NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008).

Os graus de complexidades citados acima referem-se à atenção básica para a saúde e a assistência de média e alta complexidade. O primeiro grau apresentado é definido pelas ações, individuais ou coletivas, que estejam relacionadas à promoção da saúde, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento adequado, reabilitação e manutenção da saúde. Deste modo, a Atenção Básica é compreendida como o primeiro nível da assistência à saúde no SUS, na qual se emprega tecnologias de baixa densidade<sup>5</sup> (BRASIL, 2011b).

Para complementar esses serviços de atenção, o Ministério da Saúde definiu conceitos e critérios da assistência de média e alta complexidade. A média complexidade engloba ações que objetivam atender as necessidades em saúde, porém com prática clínica efetuada por profissionais especializados utilizando-se de recursos tecnológicos para apoio de diagnóstico e tratamento. A alta complexidade corresponde ao último patamar da assistência e envolve tecnologia de alto custo, porém, necessariamente, integrada aos demais serviços referenciados (BRASIL, 2011b).

A Lei nº 8080/90 aponta para um atendimento sem preconceitos ou privilégios relacionados à raça, cor, renda, gênero ou religião. A igualdade da assistência à saúde deverá ser utilizada em todos os serviços, com a ressalva das diferentes

---

<sup>5</sup> Refere-se a procedimentos de menor complexidade tecnológica capazes de atender problemas da saúde da população. Apesar da terminologia, exige alto grau de conhecimento empírico e teórico para atuar com a tecnologia de baixa densidade na Atenção Básica a Saúde. (BRASIL, 2011b)

necessidades de saúde dos indivíduos que nortearão o acesso ao SUS (BRASIL, 1990; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; PAIM, 2009).

Além destes princípios, o SUS estabelece a participação da comunidade na elaboração das diretrizes para a política de saúde, bem como a fiscalização dos cumprimentos, controle e avaliação das ações efetuadas pelos gestores relativos às normativas do SUS. Esta participação é realizada por meio da formação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, espaços que permitem a discussão entre gestores, profissionais e população em busca de melhorias no processo (BRASIL, 1990; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, enfatiza a gestão da assistência em saúde para os municípios, bem como a regionalização e hierarquização desses serviços, complementando os princípios do SUS estabelecidos na legislação. Desta forma, a não centralização possibilita maior participação de estados e municípios no âmbito de responsabilidades, recursos e poder decisório de políticas públicas de saúde. Concomitantemente, a hierarquização e a regionalização estabelecem os serviços por níveis de atenção e os distribuem geograficamente de acordo com a realidade e necessidades de cada população (BRASIL, 1990; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Os serviços de saúde dos hospitais de ensino também foram regulamentados pela Lei nº 8.080/90, em seu capítulo III artigo 45, o qual dispõe que estas instituições integrarão o SUS mediante convênio, porém preservarão “sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 1990).

Após as decisões estabelecidas pela Constituição de 1988 e Lei Orgânica de Saúde, iniciou-se o processo de implantação do SUS. Este foi orientado pelas Normas Operacionais que definiram as condições para que estados e municípios assumissem suas novas atribuições e as competências de cada esfera de governo (BRASIL, 2011a).

Na década de 1990, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB): NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96, sendo importantes para organização de estratégias e para a operacionalização do SUS. Porém, outras normativas vieram, posteriormente, complementando as mudanças necessárias nesse processo, entre elas estão as Normas Operacionais

da Assistência à Saúde (NOAS), apresentadas nos anos de 2001 e 2002 e o Pacto pela Saúde, a partir de 2006 (BRASIL, 2011a; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A primeira NOB, publicada em 1991, apresentava como principais normativas: equiparação do financiamento a prestadores públicos e privados; centralização da gestão do SUS a nível federal (Inamps); elaboração de requisitos básicos aos municípios para se adequarem ao SUS (criação de Conselhos Municipais de Saúde, Fundo Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho); e implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) o que modificou o sistema de pagamento aos prestadores de serviços. As negociações passaram a ser realizadas por meio dos Conselhos de Representação de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS), bem como pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2011a; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Para que houvesse a reestruturação e readequação dos hospitais universitários às novas políticas implantadas, diversas Portarias foram publicadas. Dentre elas, em 1991, a Portaria MS/SNAS nº 15, a qual extingue o IVH e o IAV's, ambos implantados em 1987. Em contrapartida, criou-se um Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), exclusivo aos Hospitais Universitários, compreendendo adicionais sobre a receita das internações para as instituições que possuíssem Curso de Medicina ou mais um curso da área de saúde e, ainda, acréscimo para aquelas que acolhessem um Curso de Pós-Graduação *Strictu Senso* (BRASIL, 1991a).

Neste mesmo ano, foi publicada a primeira definição de Hospital de Ensino (HE) no Brasil. A Portaria nº 357, de 04 de março de 1991, coloca que o termo HE é aplicável ao conjunto dos Hospitais Universitários<sup>6</sup>, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino. (BRASIL, 1991b).

Em 1992, nova NOB é aprovada, na qual o Inamps permanece como responsável pelo repasse de recursos financeiros aos municípios e estados, dando continuidade ao que estava previsto na NOB-SUS 01/91. Acrescenta-se a essa normativa a criação do Índice de Valorização de Qualidade (IVQ) (BRASIL, 2011a).

---

<sup>6</sup> Hospital Universitário é o hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada. O Hospital Escola é de propriedade ou gestão das Escolas Médicas Isoladas Públicas ou Privadas. Em contrapartida, Hospital Auxiliar de Ensino não é de propriedade ou gestão de Universidade ou Escola Médica Isolada, mas nele são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de curso de graduação ou pós-graduação da área de saúde, devidamente conveniado com uma instituição de Ensino Superior.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde serviu de base para os princípios da NOB-SUS de 1993, desencadeando um processo de municipalização da gestão, devido ao tema central do evento: “A municipalização é o caminho”. A discussão gerou a criação da transferência regular – fundo a fundo – do teto global da assistência para municípios e a criação de Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (Brasil, 2011a).

Para os Hospitais de Ensino foi estabelecido, por meio da Portaria MS/MEC nº 01, de 16 de agosto de 1994, diferentes critérios para concessão do FIDEPS, o qual poderia vir acrescido de 25%, 50% ou 75% sobre a receita das internações, de acordo com as especificidades da Portaria vigente (BRASIL, 1994).

A última Norma Operacional Básica publicada foi em 1996, ano em que ocorreram avanços no processo de descentralização. Destaca-se, entre suas ações, a criação do Piso Assistencial Básico que confere a transferência de recursos financeiros com base na cobertura desta população aos municípios habilitados. Para mudanças no modelo de atenção à saúde adotou-se como estratégia a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família (Pacs/PSF), bem como a incorporação de ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (BRASIL, 2011a; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Em 1999, ainda houve modificações referentes aos Hospitais de Ensino quanto ao recebimento do FIDEPS. A partir desta data, segundo a Portaria MS nº 1.127, de 31 de agosto, a Secretaria de Assistência à Saúde e os Gestores do SUS deveriam verificar *in loco* as condições reais de funcionamento dos Hospitais habilitados ao recebimento deste fator de incentivo. Entre as exigências estavam a obrigatoriedade dos hospitais integrarem as Centrais de Regulação do estado e/ou município, ou constituírem Centrais de Marcação de Consultas, com a ressalva de que o valor seria repassado mensalmente, fundo a fundo, aos estados, Distrito Federal ou aos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1999).

Fica evidente a tentativa de fixar os princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS aos Hospitais de Ensino, a exemplificar pela Portaria nº 1.127/99, que destaca a regionalização e descentralização. Entretanto, o grande objetivo de incentivar o ensino e pesquisa com conseqüente qualificação da formação de profissionais futuramente integrantes do SUS ficou aquém do idealizado. Barbosa Neto (2008) reflete que os adicionais que serviriam de apoio ao ensino e pesquisa foram

incorporados ao custeio geral, auxiliando apenas na defasagem do financiamento destes hospitais.

Com a chegada do século XXI, a crise dos Hospitais de Ensino apresentou dados financeiros alarmantes. Algumas destas instituições possuíam dívidas superiores a R\$ 10 milhões, com serviços desativados devido carência de recursos humanos e materiais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO<sup>7</sup>apud BARBOSA NETO, 2008).

No período de 2001 a 2002 foram implantadas duas versões da Norma Operacional da Assistência à Saúde. A primeira delas, NOAS-SUS 01/2001, surgiu em meio a problemas na definição de responsabilidades, planejamento e organização do sistema de saúde. Deste modo, houve a elaboração de estratégias para ampliação das responsabilidades dos municípios na tentativa de garantir maior acessibilidade à população dos serviços da atenção básica. A instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR) subsidiou os elementos centrais desta normativa: a regionalização e a organização funcional do sistema (BRASIL, 2011a).

A NOAS-SUS 01/2002 aparece como resultado da reunião da Comissão Intergestores Tripartite. Suas propostas estabeleceram um comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade, bem como o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais (BRASIL, 2011a).

Desde 2003, insatisfeito com as normas vigentes do sistema de saúde e alegando que tais não contemplavam os princípios estabelecidos pela Lei nº 8.080/90, o CONASS solicitou ao Ministério da Saúde revisão destas. Após muitas discussões e do consenso entre MS, CONASS e CONASEMS, foi publicado, em 2006, a Portaria GM/MS nº 399 que definiu as diretrizes do acordo denominado de Pacto pela Saúde (BRASIL, 2011a).

Dividido em três dimensões: pacto em defesa do SUS, pacto pela vida e pacto pela gestão, a formulação do Pacto pela Saúde correspondeu a:

Maneira de estabelecer responsabilidades sanitárias com metas, atribuições e prazos acordados, buscando superar a descentralização tutelada pelo governo federal com vistas à constituição de um SUS solidário entre as três esferas do governo (PAIM, 2009, p. 67).

---

<sup>7</sup>ASSOCIAÇÃO Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino: "Carta de Londrina", abril de 2005. [online]. Acesso em: 31 maio 2008.

Devido à permanência da crise nos HE e, na tentativa de combatê-la, algumas alianças foram realizadas. Ficou constituído assim, por meio da Portaria Interministerial nº 562, em 2003, a Comissão Interinstitucional com o intuito de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Como integrantes desta Comissão, havia representantes de Ministérios, Associações, Comissões e Conselhos representantes das classes de trabalhadores da área hospitalar (BRASIL, 2003a).

A Comissão Interinstitucional priorizou, em um primeiro momento, dois pontos importantes para reformulação da política pública de saúde dos HE. O primeiro ponto relacionava-se a um fórum de discussão entre todos os setores participantes para obtenção das características particulares deste segmento hospitalar. O segundo referia-se a definição de consensos sobre a crise nos aspectos da gestão, financiamento, ensino e ações implantadas ao longo de 2004 (BRASIL, 2012a).

As discussões efetuadas pelos integrantes da Comissão resultaram na disposição de algumas modificações nas políticas públicas de saúde dos HE. Destaque ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, pela Portaria Interministerial nº 1006/MEC/MS, de 2004. Como ações estratégicas, o Programa traz a definição: do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS; do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão; do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; e qualificação do processo de gestão hospitalar (BRASIL, 2004b).

O programa estabelecia como condições obrigatórias aos HE, a contratualização e a certificação. Esta, iniciada pela Portaria Interministerial nº 1000/MEC/MS de 2004 e, posteriormente, revogada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 2400 de 2007, determina que as Unidades Hospitalares que almejem a certificação como HE devem estar inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, como Hospitais Gerais ou Especializados; ser de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada; ou que estejam formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior. Para a

certificação, as instituições estarão condicionadas ainda ao cumprimento dos requisitos dispostos no artigo 7º desta Portaria (BRASIL, 2007).

A certificação dos HE, conduzida pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, está relacionado à conferência dos critérios estabelecidos pelas portarias, por meio de análise documental e verificação *in loco* das instituições hospitalares. As novas ações instauradas por este processo são justificadas pelas:

Improriedades de inclusão e de exclusão de hospitais nas categorias de universitários e de ensino a partir dos critérios estabelecidos pelo FIDEPS, foi instituído um novo processo de certificação, a partir do qual os hospitais efetivamente enquadrados farão jus a uma nova modalidade de contratação pelo SUS, na modalidade de Hospital de Ensino (BRASIL, 2012a, p. 13).

Deste modo, a certificação para instituições como HE é criteriosamente dada aos Hospitais Gerais e/ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior (pública ou privada) ou conveniados com Instituição de Ensino Superior que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde (BRASIL, 2004a).

A contratualização, parte integrante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, é definida como o meio pelo qual o representante do HE e o gestor do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas para as ações de atenção à saúde, ensino e pesquisa e gestão hospitalar. Junto deste convênio deverão anexar um Plano Operativo, de validade máxima de 12 meses, especificando as metas físicas e de qualificação, e os indicadores que possibilitam o acompanhamento e avaliação da Instituição (BRASIL, 2004c).

Atualmente, 23 anos após a implantação do SUS, e perante a tantas mudanças na legislação para gestão e financiamento dos HE, são perceptíveis os avanços gerados na política de saúde brasileira. Destaque para as 30.300 equipes que prestam serviços à atenção primária em saúde, cujo trabalho resultou na redução da mortalidade infantil, ampliação do número de consultas de pré-natal, diminuição da desnutrição, ampliação da adesão à vacinação; redução das mortes por doenças transmissíveis como tuberculose, hanseníase, malária e AIDS. Outro índice importante está no Sistema Nacional de Transplantes: o Brasil está no segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados por ano em todo mundo, com um total de 20.200 transplantes no ano de 2009, dos quais 90% foram realizados pelo SUS (BRASIL, 2011a).

Porém, desafios e aperfeiçoamentos são necessários para a efetiva realização de seus princípios e diretrizes na prática assistencial em saúde. Em sua infraestrutura, o Brasil apresenta uma defasagem quanto ao número de estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento, o que o torna dependente dos serviços privados. Além disso, é listado o desafio de aumentar de forma significativa a participação da atenção básica, a qual se apresenta ainda de maneira acuada, gerando sobrecarga nos setores de média e alta complexidade (PAIM, 2009).

## 2.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

O trabalho é composto por um objeto que incorporará sentido por meio da ação intencional do trabalhador. No âmbito da saúde, o objeto a ser transformado são as necessidades individuais e coletivas para produção de saúde aos usuários do sistema (MERHY; FRANCO, 2005).

Apesar do objeto comum na área da saúde, o trabalho realizado poderá se diferenciar na forma como será executado. Assistir e cuidar de indivíduos são resultantes do contexto social no qual o trabalho em saúde está inserido. A esse modo distinto de produção do trabalho em saúde, Merhy e Franco (2005) denominam transição tecnológica.

Pode-se considerar como proposta de transição tecnológica do trabalho em saúde a reformulação do Sistema de Saúde Brasileiro, consolidado e regulamentado pela constituição de 1988 e pelas Leis nº 8.080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990). Entre as diretrizes que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se a universalização, a descentralização e a integralidade da assistência, que têm como objetivo promover uma mudança paradigmática do modelo assistencial, ou seja, na lógica de produção do cuidado.

O trabalho pode ser definido como um ato produtivo capaz de modificar alguma coisa, com conseqüente produção de algo novo, gerado por meio de uma atividade humana (MERHY; FRANCO, 2005). Para Gonçalves (1992), este ato é apresentado por uma anterioridade e uma posterioridade vinculadas à transformação com gasto de energia, permitindo, assim, designá-lo de processo de trabalho. Porém, deve-se ressaltar que há diversas mudanças mediadas por gasto



de energia como, por exemplo, as transformações naturais. Para que possam ser incluídas no conceito de processo de trabalho deverão ser realizadas intencionalmente (GONÇALVES, 1992).

Em meio a esse processo, há duas dimensões: o “trabalho vivo em ato” e o “trabalho morto”. O primeiro consiste em um trabalho feito no ato, enquanto o segundo corresponde ao ato de transformação já realizado e apresentado por meio de seu produto (MERHY; FRANCO, 2005).

Na saúde, reconhecemos sua produção por meio do “trabalho vivo em ato”, ou seja, apresenta como produto algo não-material e inseparável do processo que o produz, consistirá a própria realização da atividade (PIRES, 1998).

A organização do trabalho em saúde dependerá de diversas atividades efetuadas pelos trabalhadores, incluindo as relações entre profissionais e com os usuários do serviço de saúde. Deve-se considerar o contexto e a inserção social sob um modo de produção já que esta organização poderá ser influenciada pela gestão, cultura institucional e política da sociedade.

A organização do trabalho de Enfermagem não foge desta perspectiva, a qual em meio a suas atividades busca atender as necessidades em saúde dos indivíduos e coletividades envolvendo uma relação dinâmica entre os sujeitos.

Tendo como objeto as necessidades individuais e coletivas dos usuários do SUS, o trabalho do enfermeiro pode ser considerado como ação coletiva. Não há maneiras de transformar esse objeto sozinho, faz-se necessário uma troca de conhecimentos, sendo que um trabalhador dependerá do outro independentemente de sua formação (MERHY; FRANCO, 2005).

Para Sanna (2007), que considera objeto como aquilo sobre o que se trabalha, a Enfermagem é composta por mais de um processo de trabalho, com conseqüente desmembramento de seus objetos, podendo ser executados concomitantemente. A autora aprecia os seguintes processos/objetos: *assistir*, cujo objeto é o cuidado; *administrar*, com os seguintes objetos - agentes do cuidado e recursos empregados no assistir; *ensinar*, pessoas que querem se desenvolver como profissionais da Enfermagem; *pesquisar*, saber em Enfermagem; e *participar politicamente*, força de trabalho em Enfermagem e representatividade.

Corroborando com este pensamento, Faria e Araujo (2010) colocam o cuidado além da realização de procedimentos, não permitindo uma visualização do trabalho em saúde como apenas uma capacidade de execução de procedimentos

biomédicos. Deste modo a ampliação do conceito do objeto a ser transformado por estes profissionais se faz necessário.

Em contrapartida, Thofehrn (et. al, 2011) explorando as ideias de Leopardi, Gelbecke, Ramos (2001)<sup>8</sup> apontam o corpo do ser humano como o objeto do processo de trabalho da enfermagem. Para estes autores, o corpo difere do objeto do sistema de produção material por não se modificar em um novo produto ao final da ação transformadora, porém há como resultante um estado diferente de antes.

Para a produção do trabalho do enfermeiro é necessário, além de tecnologias (equipamentos, procedimentos e técnicas), o estabelecimento de relações entre sujeitos (profissionais, usuários e equipe), bem como trocas, diálogos, silêncios e interpretações (LUNARDI; LUNARDI FILHO; SCHWENGBER; SILVA, 2010).

Merhy e Franco (2005) designam duas formas de transformações no processo de trabalho: a reestruturação produtiva em saúde e a transição tecnológica. As mudanças geradas por inovações nos sistemas produtivos de saúde, as quais refletirão no modo de assistir e cuidar individual e coletivamente, poderão representar uma reestruturação produtiva.

A transição tecnológica prevê uma mudança mais abrangente, modificando a produção do cuidado, na forma de conceber o objeto e a finalidade deste. Ao alterar a lógica de produção, neste caso, há também uma mudança no núcleo tecnológico do cuidado. Para Merhy e Franco (2012), este processo:

Significa operar na assistência com sentidos diferentes dos que existem no modelo 'médico hegemônico, produtor de procedimentos', pois tem sua ação voltada ao campo das necessidades de saúde, dos usuários, que se torna o seu objeto de intervenção estruturante (MERHY; FRANCO, 2012, p.16).

Porém, a introdução destas inovações tecnológicas e organizativas no processo de trabalho da Enfermagem requer uma análise profunda, comparando-se a um fenômeno social ou, ainda, como resultante das relações sociais, do jogo político e da disputa de interesses entre os indivíduos e grupos (PIRES, 1998).

---

<sup>8</sup> LEOPARDI, M.T.; GELBECKE, F.L.; RAMOS, F.R. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da Enfermagem? **Texto Contexto Enferm.**, v.10, n.1, p.32-49, 2001.

Assim, é permissível considerar como proposta de transição tecnológica no Brasil as políticas de implantação do Sistema Único de Saúde, o qual por meio de diretrizes e princípios se organizou na tentativa de implantar modificações no modelo de saúde vigente por meio de transformações nos processos de trabalho dos profissionais de saúde.

O referido processo de transformação trouxe consequências para todas as profissões em saúde. Neste estudo, destaca-se o profissional enfermeiro, já que este “estabelece relações com outros trabalhos, com as dimensões econômicas, culturais e sociais das instâncias que compõem a estrutura de uma sociedade.” (PEREIRA *et al.*, 2009, p.772).

Justifica-se esse olhar devido à Enfermagem fazer parte de um contexto sócio-histórico pelo qual interfere e sofre interferências, num processo mútuo. Esta prática é heterogênea nas diversas sociedades e dependente de um momento histórico.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O referencial teórico deste estudo foi embasado nos estudos do sociólogo Norbert Elias. Elias (1897-1990) nasceu em Breslau (Alemanha), em 22 de junho de 1897, sendo filho único de Hermann e Sophie Elias. Aos 19 anos, deixou a escola para servir o exército alemão durante a Primeira Guerra Mundial. Dando sequência aos seus estudos, matriculou-se na Universidade de Breslau nos cursos de filosofia e medicina. Já em Heidelberg iniciou suas pesquisas na área da sociologia pela convivência estabelecida com os autores Alfred Weber e Karl Manheim (NORBERT ELIAS FOUNDATION, 2013).

Elias teve que fugir da Alemanha nazista, em 1933, devido sua origem judaica, exilando-se na França (1933-1935) até estabelecer-se na Inglaterra (1935-1975). Esse episódio impediu a defesa de sua tese intitulada “*A sociedade de corte*”, obra escrita em meio ao contexto histórico do desenvolvimento urbano, industrialização, problemática entre trabalhadores e patrões, bem como a ascensão de Hitler ao poder. A temática desse livro estava envolta na vida da corte, apresentada como uma formação social e como um problema sociológico, sugerindo novos estudos para uma comparação entre as diferentes formas sociais (VEIGA, 2005).

Assumiu aos 57 anos de idade, em 1954, a docência de Sociologia na Universidade de Leicester. Posteriormente, em 1977, recebe o Prêmio Theodor W. Adorno em Frankfurt, e dois anos após foi para a Alemanha, lecionar na Universidade de Bielefeld. Em agosto de 1990, faleceu na cidade de Amsterdã (VEIGA, 2005).

Durante sua vida, destacaram-se duas peculiaridades: o tardio reconhecimento de suas obras e a dispersão no processo de publicação e circulação dessas. Tais fatores impossibilitaram uma discussão das ideias no contexto e tempo que foram escritos, bem como, a circulação de seus textos foi de modo descontínuo, gerando tardiamente o seu reconhecimento como sociólogo (VEIGA, 2005).

Entre suas principais obras, destaca-se “*A sociedade de corte*”, “*O processo civilizador*” e “*A sociedade dos indivíduos*”.

Dividido em dois volumes, “*O processo civilizador*”, volume 1: *uma história dos costumes* (1935) e “*O processo civilizador*”, volume 2: *formação do Estado e Civilização* (1939) possui como tema os tipos de comportamento típicos do ser humano civilizado ocidental. Segundo Elias, tal comportamento sofreu mudanças, denominadas por ele como um processo civilizador. Nesta obra, o autor revela sua interpretação para as causas e motivações deste processo (ELIAS, 1994a).

O conceito de *civilisation* surge para substituir o de cortesia e civilidade, os quais constituem, segundo ele, os três estágios de desenvolvimento social. Do século XVI em diante, as tensões e proibições pelas quais o indivíduo foi modelado, estão em movimento ininterrupto. Elias o apresenta como um processo não retilíneo, pelo qual novos imperativos são acrescentados às rotinas e antigos são deixados de lado, sabendo-se que existe uma contínua mudança a se desenvolver. Em sua obra, o sociólogo coloca como parte deste processo civilizador os hábitos à mesa, a fala e a higienização (ELIAS, 1994b).

A pequena transformação de algum gesto ou comportamento pode representar algo referente a um processo de mudança social abrangente. Seu início se dá num movimento em círculos relativamente pequenos da sociedade, disseminando-se aos poucos para segmentos maiores deste grupo (ELIAS, 1994b).

Os indivíduos participam desse processo por meio do seu autocontrole, o qual os obriga a conformar com restrições da sociedade até ser o reprodutor de tal comportamento. Elias reflete que “a proibição não é nem de longe tão auto-evidente como hoje. Vemos como, aos poucos, transforma-se em um hábito internalizado, em parte do ‘autocontrole’” (ELIAS, 1994b, p.103).

Paradigmas antigos que apresentavam indivíduos isolados e estruturas institucionais fixas e estáveis não são reconhecidos por este sociólogo, o qual insere em seus estudos novas expressões para compreensão das transformações da sociedade, a exemplificar, integração, trama, enredo e tecido social (SETTON, 2013).

Corroborando para a temática, a sua obra “*A sociedade dos indivíduos*” refere que todas as transformações passadas pela sociedade refletem na autoimagem e composição social, a qual o autor denomina de *habitus* do indivíduo. Em meio à relação de interdependência, o *habitus* será gerado a partir do autocontrole e do

controle social<sup>9</sup>, os quais justificam as transformações ocorridas pelo indivíduo, já que o mesmo está submetido a uma identidade-eu e identidade-nós<sup>10</sup> (ELIAS, 1994a).

O conceito exposto leva:

À discussão e à investigação de algumas questões da relação entre indivíduo e sociedade que permaneceriam inacessíveis se continuássemos a conceber a pessoa e, portanto, a nós mesmos, como um eu destituído de um nós, (ELIAS, 1994a, p. 9).

Para este sociólogo, os seres humanos individuais estão ligados uns aos outros numa pluralidade denominada de sociedade.

Segundo o autor, a formação das identidades individuais e coletivas está sujeita a transformações, uma vez que a sociedade não se apresenta apenas como um somatório de indivíduos. Destaca-se a sociedade como uma figuração de funções interdependentes, cuja estrutura e padrão conferem seu caráter específico (VEIGA, 2005). Segundo Elias, os processos de formação de identidades ocorrem interligados às histórias dos indivíduos que compõem a sociedade.

Os conceitos de figuração, interdependência e equilíbrio de tensões compõem os elementos analisados pelo autor no processo civilizador. O primeiro pode ser destacado como uma dinâmica relacional entre sociedade e indivíduos, composta por contradições, tensões e hábitos. Este conceito pressupõe a existência de uma rede, conceito de interdependência, na qual representa a ligação dos indivíduos por um fenômeno de dependência recíproca (VEIGA, 2005).

As tensões existentes no cotidiano dos indivíduos são responsáveis por mudanças no equilíbrio de força (equilíbrio de tensões) com conseqüente alteração estrutural da sociedade (VEIGA, 2005). As mudanças no processo de trabalho do enfermeiro pela implantação do SUS são geradoras de tensões e possíveis de serem observadas nesta pesquisa.

Neste processo, as relações existentes são expostas como relações de poder, as quais serão passadas de geração para geração, formadoras de um

---

<sup>9</sup> De acordo com Brasil (2009, p.10) o controle social utilizado na saúde está relacionado a “participação no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado”. Diferentemente deste, a sociologia de Elias (1994a) apresenta o controle social como fenômeno imposto ao indivíduo pelas estruturas sociais.

<sup>10</sup> A identidade do sujeito é categorizada em dois aspectos indissociáveis: quanto um ser social e individual. Segundo Silva e Souza (2010) podemos comparar este fenômeno ao registro de nascimento, no qual a pessoa carrega o “eu” no prenome e o “nós” no sobrenome da família.

*habitus* particular de cada grupo. Assim, pode-se dizer que os sujeitos estão inseridos num processo dialético e a compreensão destes se fará por meio da visualização de suas ações e interatividade, a partir do ambiente simbólico que cada grupo se encontra (REIS, 2002).

Segundo Elias, a sociedade se constituiu como uma forma social, produzida com base nas relações entre os indivíduos e/ou grupos sociais. Essas são expostas como dependências recíprocas que, inevitavelmente, produzirão comportamentos e códigos sociais. A posição social dos sujeitos nas redes de dependência e interdependência interessa ao autor, que as denominam de figuração e configuração (VEIGA, 2005).

A figuração é conceituada como uma dinâmica relacional entre sociedade e indivíduos, repleta de contradições e tensões que implicarão em lugar e posição social. Deste modo, Elias refere que cada pessoa está ligada a outra por laços invisíveis de trabalho e propriedade ou de instintos e afetos (ELIAS, 1994a).

A formação social que compõe esta dinâmica poderá ser apresentada em dimensões variáveis, como aldeia, classe escolar, cidade, nação. Nesta pesquisa, adota-se o Hospital de Clínicas como formação social, no qual serão percebidas as redes de figuração dos atores sociais.

A partir dessa definição pressupõe-se a existência de uma rede de interdependência, “o indivíduo está ligado aos outros por um fenômeno de dependência recíproca” (VEIGA, 2005, p.144). Considera-se, neste estudo, estas relações de dependência estabelecidas entre os profissionais enfermeiros, equipe de trabalhadores da instituição e usuários do Sistema Único de Saúde.

As tensões existentes no cotidiano dos indivíduos geram mudanças no equilíbrio de força (equilíbrio de tensões) com conseqüente alteração estrutural da sociedade. Estas são responsáveis pela não reprodução das mesmas formas de relações e instituições da sociedade de uma geração para outra expostas como relações de poder, as quais são formadoras do *habitus* particular de cada grupo (ELIAS, 1994a).

Os conceitos de figuração, interdependência e equilíbrio de tensões que compõem os elementos analisados pelo autor no processo civilizador foram utilizados para o estabelecimento da categorização dos discursos proferidos. O primeiro pode ser destacado como uma dinâmica relacional entre sociedade e indivíduos, composta por contradições, tensões e hábitos. Este conceito pressupõe

a existência de uma rede, conceito de interdependência, na qual representa a ligação dos indivíduos por um fenômeno de dependência recíproca (VEIGA, 2005). As mudanças no processo de trabalho do enfermeiro pela implantação do SUS são geradoras de tensões e possíveis de serem observadas nesta pesquisa.

### 3.2 ABORDAGEM DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2010),

Aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p. 57).

Assim, essa abordagem permitiu revelar processos de um determinado grupo social, resultando na construção e revisão de novos conceitos referentes, no caso desse estudo, à relação entre as políticas públicas brasileiras e o processo de trabalho dos Enfermeiros de um Hospital Público de Ensino.

Para a compreensão qualitativa da realidade de um grupo social, fez-se necessário o reconhecimento do simbólico, parte integrante desta realidade. Também foi imprescindível desvendar o subjetivo e objetivo dos fatos e significados, bem como das estruturas e representações dos atores sociais investigados (MINAYO, 2010). Tal conjunto permitiu refletir a respeito do objeto de estudo proposto: o processo de trabalho do enfermeiro.

### 3.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), localizado na cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, o qual realiza todos os seus atendimentos de forma gratuita, sendo totalmente financiado pelo SUS. Possui como propósito “prestar assistência



hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2013).

Inaugurado em 1961, pelo Presidente Jânio Quadros, possuía como objetivo o ensino para os estudantes de medicina, realizado em apenas um prédio central. Porém, logo se fez necessário sua ampliação física para outros prédios anexos e, atualmente, em seus 6.473 mil m<sup>2</sup> construídos, atuam 59 especialidades numa estrutura que possui 261 consultórios e 643 leitos. São atendidos aproximadamente 61 mil pacientes/mês, sendo realizados 1464 internamentos e 837 cirurgias no mesmo período (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2013).

Reconhecido como o maior hospital do Paraná, o HC/UFPR fez história quando, em 1979, criou o Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO), realizando o primeiro transplante da América Latina. Na década de 1990, destacou-se pela implantação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), recebendo o Título de Hospital Padrão oferecido pelo Ministério da Saúde pelas atividades de controle de infecção hospitalar e sendo responsável pelo primeiro transplante hepático (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2013).

Historicamente, a Enfermagem iniciou seus trabalhos no HC/UFPR com a chegada de quatro irmãs da Congregação das Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo em 26 de dezembro de 1960 (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2013). Posteriormente, foram recrutadas outras pessoas (religiosas e leigas) que foram capacitadas para executar as tarefas relacionadas à esta profissão.

Como o maior prestador de serviços do SUS no Paraná, o HC/UFPR possui um orçamento de 100 milhões ao ano e conta com 3.113 funcionários em dois diferentes vínculos: 1.055 da Fundação de Apoio e 2.058 do MEC. Na área da Enfermagem, há 280 enfermeiros atuantes nas diversas áreas do hospital (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2013).

Por meio da assinatura do Termo de Convênio nº 15.545, em 2004, entre a Prefeitura Municipal de Curitiba e o HC/UFPR, o mesmo passou a integrar a rede regionalizada e hierarquizada de estabelecimentos de saúde que constituem o SUS/Curitiba. Deste modo, o hospital se transformou em polo de atendimento em saúde do município com a garantia aos usuários atendimento integral, humanizado e

de qualidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA<sup>11</sup> *apud* BERNARDINO, 2007).

### 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Como critério de inclusão nesta pesquisa apresenta-se enfermeiros atuantes no Hospital de Clínicas/UFPR no ano de 1990, independentemente do sexo e idade. Foram excluídos os profissionais que iniciaram suas atividades posteriormente a esse período, já que esta data corresponde ao marco da implantação do SUS pela Lei nº 8.080/90 e aqueles que atualmente não trabalham no HC/UFPR.

A partir destes critérios, compôs-se um universo de 30 enfermeiros potencialmente participantes, obtido no banco de dados da Direção de Enfermagem do hospital. Foram encontrados, por meio de contato telefônico, 18 enfermeiros, sendo que dois estavam afastados por motivo de saúde e dois exerciam outras funções externas ao HC/UFPR. Houve, ainda, a recusa de dois sujeitos de participar da pesquisa e os outros doze profissionais se enquadraram no critério de exclusão.

Assim sendo, foram entrevistados 12 enfermeiros que preenchiam os critérios de inclusão e, que após o convite, oficializaram sua participação voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma permanecendo com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa (APÊNDICE 01).

### 3.5 COLETA DE DADOS

Os dados para a pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE 2) realizadas nos meses de maio a junho de 2013. A entrevista consistiu em um roteiro de conversa entre dois interlocutores e buscou

---

<sup>11</sup> PREFEITURA Municipal de Curitiba (PR). Convênio 15545 entre o Município de Curitiba e a Universidade Federal do Paraná através do Hospital de Clínicas. Integra o Hospital na rede regionalizada e hierarquizada dos estabelecimentos de saúde que constituem o SUS/Curitiba. 2004.

coletar informações que fossem condizentes e contribuíssem com o desvelamento do objeto de pesquisa.

O roteiro foi elaborado conforme as categorias analíticas estabelecidas pelo referencial teórico de Norbert Elias, transitando pelos conceitos de figuração, interdependência e equilíbrio de tensões.

Portanto, se fez possível coletar informações que trataram da reflexão dos sujeitos sobre a realidade vivenciada, apresentando suas ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, condutas, projeções para o futuro, entre outros, conforme destacado por Minayo (2010). Tais informações foram analisadas como práticas discursivas dos participantes.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Ao compreender que a formação discursiva de um sujeito corresponde ao conjunto de temas e figuras que concretiza uma determinada visão de mundo, acredita-se que a utilização da análise de discurso, considerado enquanto prática social, contribuiu para aflorar as relações existentes no processo da pesquisa. A utilização dessa análise permitiu a compreensão mais ampla do contexto exposto pelos atores sociais e incluiu durante as investigações os aspectos sócio-histórico-ideológicos (FIORIN, 2007).

A técnica de análise de discurso foi elaborada pelo filósofo francês Michel Pêcheux, na década de 1960. Seu objetivo é realizar uma reflexão sobre as condições de produção e apreensão do significado dos textos produzidos, desta forma visa entender o modo de funcionamento, de organização e formas de produção dos sentidos dos sujeitos pesquisados (MINAYO, 2010).

Esta modalidade de análise contém dois pressupostos definidos por Pêcheux. O primeiro refere-se aos sentidos das palavras, da expressão ou posição, estes não referem a si mesmos, expressam posições ideológicas do processo sócio-histórico. O segundo pressuposto, confirma a formação discursiva dependente das formações ideológicas, já que “não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia.” (MINAYO, 2010, p. 320).

O conceito do discurso é exposto por uma combinação de elementos linguísticos, frases ou conjunto de frases, utilizada pelos locutores com o objetivo de expor seus pensamentos, de falar e agir sobre o mundo. A importância de evidenciá-lo está no fato que o discurso permitirá apresentar a formação ideológica dos atores sociais (FIORIN, 2007).

A identificação desta formação ideológica permite ao pesquisador reconhecer a visão de mundo de determinada classe social, ou seja, compreender as representações e ideias que um grupo possui do mundo. Cada ideologia referida corresponde a uma formação discursiva que contém como principais componentes um conjunto de temas e figuras. A *figura* está relacionada a um elemento do mundo natural, percebida no discurso como uma simulação deste mundo, por exemplo, substantivos concretos, verbos que indicam atividades físicas, adjetivos que expressam qualidades físicas. Já o *tema* faz parte da semântica discursiva e não pode ser considerado algo do mundo natural, faz parte de categorias que ordenam a realidade, por exemplo, *solidariedade, honra e exploração* (FIORIN, 2007).

Para a decomposição dos discursos, utilizamos a técnica de Fiorin e Savioli<sup>12</sup> (1991) apresentada por Car e Bertolozzi (1999) consistida na leitura exaustiva do texto, objetivando a identificação dos temas e figuras, os quais permitiram desvendar os sentidos das falas (FIGURA 1).

Podemos exemplificar esta etapa apresentando a fala de um dos sujeitos entrevistados:

Hoje as pessoas compreendem mais o que é SUS, que ele tem direito a ter um atendimento integral. (Enf 02)

Nesta fala identificamos como temas as palavras “SUS” e “integral” e como figuras “compreendem” e “atendimento”.

Nesta pesquisa encontramos como *temas*: universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização, processo de trabalho, financiamento da saúde e controle social.

No segundo momento da análise, realizou-se o encadeamento/articulação entre os *temas* e as *figuras*, identificando suas coerências e divergências nos discursos dos sujeitos, resultando na elaboração de frases temáticas que definiram os temas e subtemas do discurso em sua totalidade.

---

<sup>12</sup> FIORIN, J.L.; SAVIOLI, F.P. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo, Ática, 1991.

Pela repetição dos temas/figuras e dos sentidos dos discursos algumas frases temáticas fazem referência a diversos sujeitos desta pesquisa.

No terceiro passo, houve o agrupamento das frases temáticas para a categorização do material empírico e conforme os temas identificados, as categorias analíticas que permearam à aproximação aos discursos dos enfermeiros foram os conceitos expressos no referencial teórico utilizado: figuração, interdependência e equilíbrio de tensões.



FIGURA 1 - ETAPAS PARA UTILIZAÇÃO DA ANÁLISE DE DISCURSO  
FONTE: A autora (2013).

A aplicação destas etapas no estudo está resumidamente descrita na FIGURA 02.

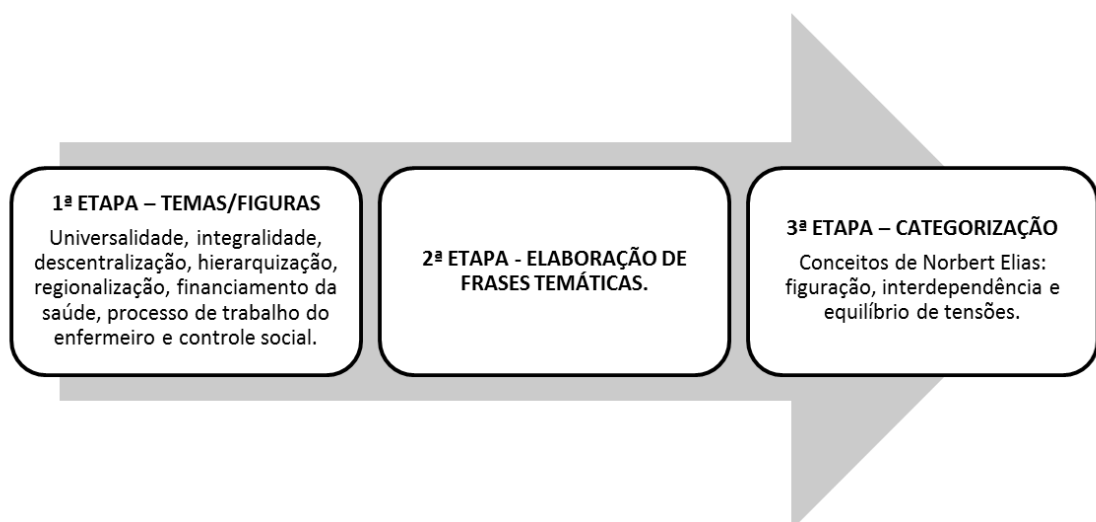


FIGURA 2 - ETAPAS DA ANÁLISE DE DISCURSO APLICADAS NO ESTUDO  
FONTE: A autora (2013).

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa seguiu os preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, publicada oficialmente pelo MS, referente à pesquisa com seres humanos. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC/UFPR pelo Parecer nº 249.407 e C.A.A.E.: 09236512.6.0000.0096 (ANEXO 01).

O anonimato dos enfermeiros participantes da pesquisa foi garantido pela substituição de seus nomes pela abreviatura ENF seguido de algarismos arábios em ordem crescente de realização das entrevistas, de ENF01 a ENF12.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados os resultados e as discussões da pesquisa relacionadas à caracterização dos sujeitos participantes, bem como a análise dos discursos dos enfermeiros, segundo o proposto por Car e Betolozzi (1999): temas, elaboração de frases temáticas e categorização.

Foram reconhecidos oito temas: universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização, processo de trabalho, financiamento da saúde e controle social. Na etapa Elaboração das Frases Temáticas, foram construídas 35 frases e na etapa seguinte, a de Categorização, foram elencados três conceitos/categorias: figuração, interdependência e equilíbrio de tensões.

Do total dos entrevistados, 11 (onze) eram do sexo feminino e apenas 01 (um) do sexo masculino e, quanto à faixa etária, 01 (um) enfermeiro possuía entre 45 e 49 anos, 05 (cinco) profissionais entre 50 e 54, 05 (cinco) entre 55 e 60, e 01 (um) entre 61 e 64 anos.

Os dados sobre os anos nos quais os sujeitos da pesquisa ingressaram no HC/UFPR e as funções por eles já exercidas estão dispostos nos gráficos 01 e 02:

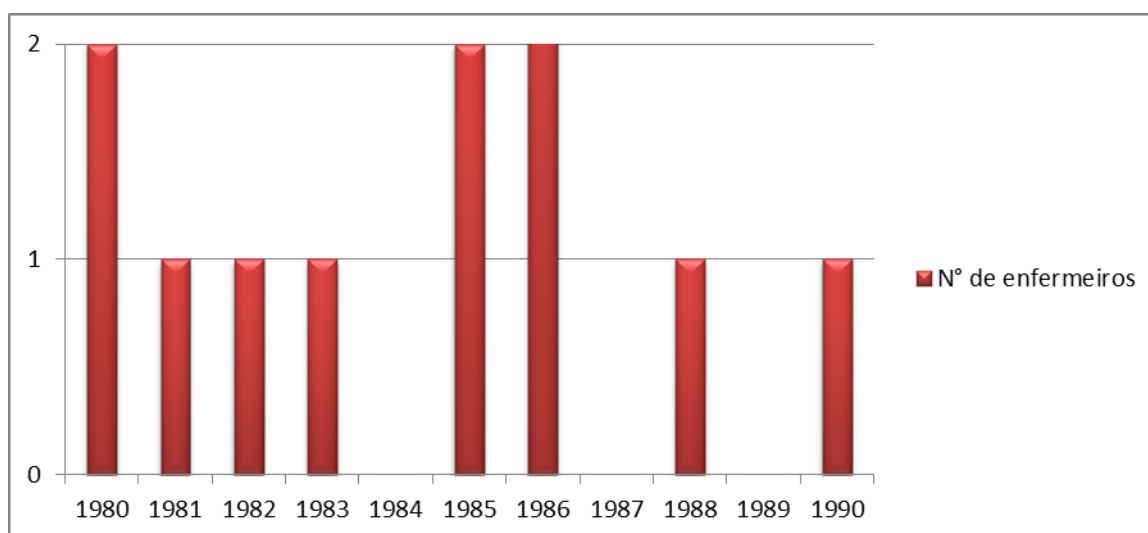


GRÁFICO 1 - ANO DE INGRESSO DOS ENFERMEIROS NO HC/UFPR  
FONTE: A autora (2013).

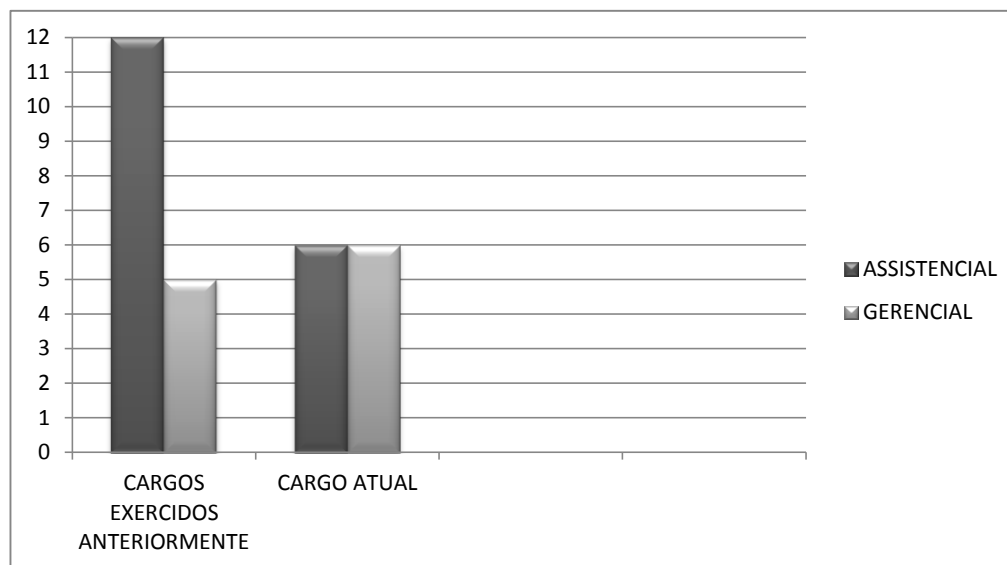


GRÁFICO 2 - CARGOS EXERCIDOS PELOS ENFERMEIROS  
 FONTE: A autora (2013).

Os sujeitos participantes desta pesquisa trouxeram visões singulares e suas experiências do processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Analisando o gráfico do ano em que estes profissionais ingressaram no HC/UFPR é possível verificar que os mesmos iniciaram suas atividades no cenário estudado em praticamente todos os anos do período compreendido entre 1980 e 1990, as exceções foram 1984, 1987 e 1989.

A partir deste dado, havia uma expectativa do pesquisador sobre as experiências dos enfermeiros participantes no que tange as políticas públicas brasileiras, enfaticamente com relação ao SUS, marco na história das políticas de saúde do país pela complexidade e desafios das propostas. Porém, ficaram perceptíveis contradições no reconhecimento do mesmo, de suas diretrizes, princípios, organização e intencionalidade, alguns discursos são exemplificados nas frases temáticas elaboradas a partir dos discursos dos sujeitos Enf 03, Enf 09 e Enf 12:

Há a correlação do SUS com a assistência à saúde gratuita.  
 (Enf 03)



Há a conclusão de que não houve mudanças com a implantação do SUS, devido o hospital ter no passado apenas uma ala particular, ou seja, pouco participativa se comparado às alas de serviço gratuito. (Enf 03)

O enfermeiro não possui conhecimento sobre o financiamento do SUS. (Enf 09)

Há uma falta de compreensão do princípio da hierarquização, sendo referido como a diferenciação dos graus de assistência. (Enf 12)

Não houve diferença no sistema de saúde brasileiro após a implantação do SUS. (Enf 03, Enf 06, Enf 07, Enf 10, Enf 11)

Estes discursos podem ser compreendidos quando se busca indícios da participação dos enfermeiros na Reforma Sanitária. Almeida (1986) demonstra que esta classe não era expressiva neste período, os profissionais de nível superior ocupavam, em 1986, 30% do total de trabalhadores da saúde, no qual 17% correspondiam a médicos e apenas 2% eram enfermeiros.

O não envolvimento nas questões relativas às políticas de saúde do Brasil pode ter contribuído para a correlação feita pelos enfermeiros do SUS como um sistema que engloba apenas a assistência à saúde gratuita. A Lei nº 8.080/90 apresenta que as instituições privadas serão observadas quanto aos princípios éticos e as normas publicadas pelo SUS. Há ainda a descrição que o sistema de saúde brasileiro poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura da assistência, corroborando a participação de instituições privadas no SUS (BRASIL, 1990).

O gráfico 02 demonstra os cargos exercidos pelos enfermeiros entrevistados nesta pesquisa e por meio dele podemos verificar que todos os sujeitos já exerceram funções assistenciais e, atualmente, 50% da amostra atuam como enfermeiros assistenciais e os outros 50% como enfermeiros gerenciais.

De acordo com uma análise da trajetória organizacional da Enfermagem no HC/UFPR, esse modelo de gestão que diferencia enfermeiros entre assistenciais e gerentes remete à segunda fase deste processo, entre os anos de 1986 a 1994. Nesse período, ocorreu a verticalização da pirâmide hierárquica, criando um nível intermediário na estrutura organizacional da Enfermagem, composta por enfermeiros assistenciais e administrativos, modelo presente até hoje (BERNARDINO, FELLI; 2006).

Em alguns momentos, esta hierarquização é apontada como barreira para que o enfermeiro assistencial compreenda aspectos do SUS, como nos exemplos a seguir:

Não houve percepção de influência no processo de trabalho do enfermeiro a partir da lei 8.080, este fato pode ser justificado devido os enfermeiros não terem participação na administração do hospital. (Enf 06, Enf 08)

O trabalho do enfermeiro é voltado mais para assistência, desta forma há dificuldades em compreender os processos relacionados ao SUS. (Enf 03)

Houve mudanças na descentralização política-administrativa da saúde no âmbito do Estado, porém tais modificações não refletem no atendimento do HC. (Enf 06)

Apesar dos muitos desafios a serem superados, o SUS obteve conquistas refletidas na prática assistencial, de nível terciário de todos os profissionais. Como resultados alcançados pela implantação do sistema, tem-se o crescimento da produção e produtividade gerando mais de 1,5 bilhão de atendimentos ambulatoriais no ano de 2004, 200 milhões de exames laboratoriais, 12 milhões de internações e 1 milhão de tomografias (PAIM, 2008). Acrescenta-se, ainda, a realização de 20.200 transplantes no ano de 2009, sendo mais de 90% pelo SUS (BRASIL, 2011b; PAIM, 2008).

Como já referido anteriormente, a elaboração das frases temáticas foi obtida a partir da identificação dos temas<sup>13</sup>. Estes serão apresentados de acordo com a categorização apresentada na Figura 02, constituindo no agrupamento das frases temáticas conforme os conceitos de Norbert Elias: figuração, interdependência e equilíbrio de tensões<sup>14</sup>.

As frases classificadas no conceito de figuração representaram a dinâmica relacional entre a sociedade e os indivíduos, ou ainda sociedade e enfermeiros, evidenciando as rotinas, normas, leis e implicitamente os laços invisíveis do trabalho. Neste estudo, a dimensão que permeia a formação social dos sujeitos foi o HC/UFPR.

Outra categoria deste estudo é o conceito de interdependência, no qual considera-se que os indivíduos estão ligados uns aos outros por uma dependência recíproca. No trabalho desse profissional a integração na rede de relações com usuários se faz necessário e justifica esta categorização.

As frases que representam as tensões estão apresentadas na terceira categoria. Por meio desta, evidencia-se as falhas ainda existentes do SUS apontadas pelos enfermeiros entrevistados, as quais são geradoras de tensões na sociedade.

A ordem da apresentação dos quadros deve-se ao número de frases temáticas que foram abordadas a cada tema. Devido a opção pela análise dos discursos, aqui compreendidos como prática social, considera-se que cada frase temática foi referenciada por diversos sujeitos, ou seja, são reflexos de um grupo social.

O QUADRO 1 apresenta as frases temáticas relacionadas ao tema **integralidade**. Por meio deste, é perceptível verificar que tal princípio do SUS foi muito citado entre os sujeitos, uma vez que nos discursos surgiram 09 (nove) frases sobre integralidade.

---

<sup>13</sup> Nesta pesquisa encontramos 08 (oito) temas: integralidade, universalidade, processo de trabalho, financiamento, descentralização, hierarquização, regionalização e controle social.

<sup>14</sup> O conceito de figuração é entendido como a dinâmica relacional entre sociedade e indivíduos, composta por contradições, tensões e hábitos. A interdependência é compreendida como a ligação dos indivíduos por um fenômeno dito dependência recíproca. As tensões existentes no cotidiano dos indivíduos são responsáveis por mudanças no equilíbrio de força (equilíbrio de tensões) com consequente alteração estrutural da sociedade (VEIGA, 2005).

| TEMAS         | FRASES TEMÁTICAS   | CATEGORIZAÇÃO         |
|---------------|--|-----------------------|
| INTEGRALIDADE | <p>Antigamente os pacientes vinham para o HC com diagnósticos simples, hoje chegam os pacientes mais graves (Enf 01, Enf 02, Enf 08, Enf 12).</p> <p>Uma mudança perceptível com a implantação do SUS foi a implantação das Unidades 24 horas (CMUM). (Enf 04)</p> <p>A mudança perceptível foi a formação de uma Rede integrada dos serviços, a qual engloba atendimentos de baixa à alta complexidade. (Enf 05)</p> <p>Ainda hoje não é claro para os usuários o papel da “Rede” (FLUXO DO SUS), os quais acreditam que numa assistência de alta complexidade (hospitalar) haverá uma resolutividade maior em comparação à de uma Unidade de Saúde. (Enf 05)</p> <p>A mudança perceptível foi a atenção à família, programa de humanização, atenção à criança e saúde da mulher. (Enf 10, Enf 05)</p> <p>A mudança ocorrida no município de Curitiba foi o programa Mãe Curitibana. (Enf 10)</p> | FIGURAÇÃO             |
|               | <p>Ainda há falhas no sistema de contra-referência. (Enf 02)</p> <p>Existem dificuldades apontadas para o retorno do paciente para atendimento assistencial domiciliar, um deles é o pouco comprometimento familiar, mesmo após treinamentos ofertados à estes. (Enf 05)</p> <p>Há uma demora excessiva para o atendimento de pacientes encaminhados das Unidades de Saúde por meio do código de transação. (Enf 06)</p>   | EQUILÍBRIO DE TENSÕES |

QUADRO 1 - TEMA INTEGRALIDADE  
 FONTE: A autora (2013).

No QUADRO 2 alocamos as frases ligadas à temática do **financiamento do SUS**. Tal tema foi recorrente durante as entrevistas, gerando 08 (oito) frases temáticas.

| TEMAS         | FRASES TEMÁTICAS   | CATEGORIZAÇÃO |
|---------------|--|---------------|
| FINANCIAMENTO | <p>A verba para financiamento dos procedimentos que antes era encaminhada pelo MEC atualmente vem do MS. (Enf 01, Enf 02)</p> <p>Com a implantação do SUS o hospital passou a cumprir um contrato de metas, cobrando por descrição de procedimentos. (Enf 01, Enf 02, Enf 09)</p> <p>Antigamente haviam no HC leitos de não contribuinte, FUNRUAL e INPS. (Enf 02, Enf 12)</p> | FIGURAÇÃO     |

Continua

| TEMAS   | FRASES TEMÁTICAS   | CATEGORIZAÇÃO         |
|---|--|-----------------------|
| FINANCIAMENTO   | O enfermeiro não possui conhecimento sobre o financiamento do SUS. (Enf 03)  | FIGURAÇÃO             |
|   | O financiamento do SUS não acompanha os gastos do hospital, e a tabela utilizada para parâmetros está defasada. (Enf 05)   | EQUILÍBRIO DE TENSÕES |
|   | A falta de recursos para o hospital reflete na prática assistencial, na ausência de curativos especiais, por exemplo. (Enf 05)   |                       |
|   | Atualmente o hospital recebe seu incentivo financeiro por meio do gestor municipal, no qual há o repasse de acordo com o contrato estabelecido pela contratualização, processo este não benéfico. (Enf 09) |                       |
| Há procedimentos realizados pelo HC, por ser hospital de ensino, que não são contemplados pelo SUS, a exemplificar: cirurgias plásticas. (Enf 09) |  |                       |

QUADRO 2 - TEMA FINANCIAMENTO

FONTE: A autora (2013).

O **processo de trabalho do enfermeiro** também foi citado nos discursos dos sujeitos durante diversos momentos. As frases relacionadas a este tema estão representadas no QUADRO 3, no qual são expostas as 06 (seis) frases temáticas.

| TEMAS  | FRASES TEMÁTICAS  | CATEGORIZAÇÃO         |
|--|---|-----------------------|
| PROCESSO DE TRABALHO   | Não houve diferença nos cuidados de Enfermagem ao longo desses anos. (Enf 01)   | INTERDEPENDÊNCIA      |
|  | Não houve percepção de influência no processo de trabalho do enfermeiro a partir da Lei 8.080, este fato pode ser justificado devido os enfermeiros não terem participação na administração do hospital. (Enf 06, Enf 08) |                       |
|  | Apesar do número de leitos autorizados para internamento o hospital não atua em sua capacidade máxima devido falta de funcionários (Enf 01, Enf 08, Enf 11)   | EQUILÍBRIO DE TENSÕES |
|  | Não houve diferença no sistema de saúde brasileiro após a implantação do SUS. (Enf 03, Enf 06, Enf 07, Enf 10, Enf 11)  |                       |
| O trabalho do enfermeiro é voltado mais para assistência, desta forma há dificuldade em compreender alguns processos burocráticos, como por exemplo, o valor de AIE (Autorização de Internação Hospitalar) para transplantes. (Enf 03) |   |                       |
| Mudanças perceptivas foram a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), prescrição de Enfermagem e a informatização, que não são relacionadas ao SUS. (Enf 11)   |   |                       |

QUADRO 3 - TEMA PROCESSO DE TRABALHO

FONTE: A autora (2013).

Destaca-se, ainda, o princípio da **universalidade** que também foi reconhecido nos discursos, gerando 5 (cinco) frases temáticas, conforme QUADRO 4.

| TEMAS   | FRASES TEMÁTICAS   | CATEGORIZAÇÃO         |
|---|--|-----------------------|
| UNIVERSALIDADE  | Grande parte dos usuários não reside em Curitiba e região, mas seu atendimento é garantido pela Lei 8.080. (Enf 06, Enf 07)  | FIGURAÇÃO             |
|   | Atualmente os usuários compreendem sobre seu direito de ter um atendimento. (Enf 02)   |                       |
|   | Houve uma diminuição no número de leitos do hospital devido adequações às novas legislações, bem como a diminuição de recursos humanos. (Enf 01, Enf 03, Enf 05, Enf 07, Enf 10, Enf 12) | EQUILÍBRIO DE TENSÕES |
|   | Apesar da implantação do código de transação não houve melhorias para o atendimento, o mesmo demora e o paciente, neste caso oncológico, já chega muito debilitado no hospital. (Enf 07) |                       |
| É direito de todos nós termos um SUS de qualidade. (Enf 10) |  |                       |

QUADRO 4 - TEMA UNIVERSALIDADE  
FONTE: A autora (2013).

No QUADRO 5, apresentamos as frases relacionadas ao **controle social**. Apesar de não aparecer na frequência dos outros temas, sobressai a importância deste no processo de implantação do SUS.

| TEMAS           | FRASES TEMÁTICAS   | CATEGORIZAÇÃO         |
|-----------------|--|-----------------------|
| CONTROLE SOCIAL | O usuário exerce o controle social quando questiona sobre o investimento na área da saúde e conhece seus direitos. (Enf 04, Enf 05)                                | FIGURAÇÃO             |
|                 | Atualmente os usuários e familiares são participativos e críticos, um apontamento para tal fato é a participação em conselhos no nível local e distrital. (Enf 01) | INTERDEPENDÊNCIA      |
|                 | Não é colocado em prática o princípio do SUS a respeito do controle social, visto que não há Conselho Local de Saúde atuante. (Enf 06)                             | EQUILÍBRIO DE TENSÕES |

QUADRO 5 - TEMA CONTROLE SOCIAL  
FONTE: A autora (2013).

As temáticas: descentralização, hierarquização e regionalização foram perceptíveis durante as entrevistas. Porém, além do baixo número de indivíduos que

as referenciaram, destacamos que tais princípios foram categorizados apenas como figuração, conforme QUADRO 6, QUADRO 7 e QUADRO 8.

| TEMAS            | FRASES TEMÁTICAS   | CATEGORIZAÇÃO |
|------------------|--|---------------|
| DESCENTRALIZAÇÃO | Houve mudanças na descentralização política-administrativa da saúde no âmbito do Estado, porém tais modificações não refletem no atendimento do HC. (Enf 06)<br><br>A partir da implantação do SUS o Estado diminuiu sua responsabilidade na área da saúde, em contrapartida há um aumento da atuação do município. (Enf 06, Enf 02) | FIGURAÇÃO     |

QUADRO 6 - TEMA DESCENTRALIZAÇÃO

FONTE: A autora ( 2013).

| TEMAS          | FRASES TEMÁTICAS   | CATEGORIZAÇÃO |
|----------------|--|---------------|
| HIERARQUIZAÇÃO | Há uma falta de compreensão do princípio da hierarquização, sendo referido como a diferenciação dos graus de assistência. (Enf 12) | FIGURAÇÃO     |

QUADRO 7 - TEMA HIERARQUIZAÇÃO

FONTE: A autora (2013).

| TEMAS          | FRASES TEMÁTICAS   | CATEGORIZAÇÃO |
|----------------|--|---------------|
| REGIONALIZAÇÃO | Quando o HC trabalhava de portas abertas havia pacientes de todos os estados e municípios, isto se modificou com o SUS. (Enf 10) | FIGURAÇÃO     |

QUADRO 8 - TEMA REGIONALIZAÇÃO

FONTE: A autora (2013).

#### 4.1 TEMA INTEGRALIDADE

O elevado número de frases nesta temática, especificamente, relacionado ao conceito de figuração, reforça a existência da dinâmica relacional entre sociedade e indivíduos. Isto remete ao sistema de saúde brasileiro, que propõe a existência de interligações entre os graus de complexidade da assistência por meio do princípio da integralidade.

Alguns autores defendem a possibilidade de diversos conceitos para este tema e que hoje muitos profissionais da saúde ainda divergem quanto a sua

definição (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012; LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011). Para este estudo, considera-se a apresentação da integralidade proposta pela Lei nº 8.080/90 que, em seu artigo 7º, dispõe como “conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990).

Os discursos trouxeram este princípio quando os sujeitos se referiram às mudanças a partir da implantação do SUS.

Antigamente os pacientes vinham para o HC em busca de diagnósticos simples, hoje chegam os pacientes mais graves. (Enf 01, Enf 02, Enf 08, Enf 12).

Uma mudança perceptível com a implantação do SUS foi a implantação das unidades 24 (CMUM). (Enf 04)

A mudança perceptível foi a formação de uma Rede integrada dos serviços, a qual engloba atendimento de baixa à alta complexidade. (Enf 05)

A mudança perceptível foi a atenção à família, programa de humanização, atenção à criança e saúde da mulher. (Enf 10, Enf 05)

A mudança ocorrida no município de Curitiba foi o programa Mãe Curitibana. (Enf 10)

Os sistemas de atenção à saúde devem estar articulados pelas necessidades de saúde dos usuários. Essa forma organizacional dos serviços de saúde é denominada de Rede de Atenção à Saúde e definida como uma integração de pontos de atenção à saúde, que gera prestação de assistência contínua e integral,



havendo a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2009<sup>15</sup> *apud* BRASIL 2011c).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é a inserção do usuário nesta rede, a qual lhe proporcionará ações “no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006, p.12).

As estratégias citadas pelos enfermeiros fazem parte da ABS e comprova impacto nas instituições de assistência de alta complexidade.

Diversos estudos alegam um não consenso ou conhecimento, inclusive dos profissionais de saúde, sobre a definição de integralidade no sistema de saúde brasileiro.

Ainda hoje não é claro para os usuários o papel da “Rede”, os quais acreditam que uma assistência de alta complexidade (hospitalar) haverá uma resolutividade maior em comparação à de uma Unidade de Saúde. (Enf 05)

Uma das justificativas a esta questão se dá pela predominância de um modelo médico–hegemônico, ainda hoje idealizado pelos usuários do SUS. Porém, existem causas concretas que podem interferir diretamente à não efetividade da ABS, como a precariedade de estruturas físicas dos serviços, o processo e gestão do trabalho, a capacitação dos profissionais e os insuficientes recursos para apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada garantir a resolutividade e a continuidade da assistência (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010a).

Corroborando com as justificativas, Teixeira e Solla (2006) afirmam que, atualmente, apesar de municípios de pequeno porte garantirem o direito constitucional do acesso a serviços de saúde por meio da implantação de estratégias da ABS, ainda não é perceptível o impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo.

Estas falhas apresentadas na implantação do princípio da integralidade geram tensões na sociedade e apareceram nos discursos dos sujeitos entrevistados.

---

<sup>15</sup> MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Minas Gerais: Escola de Saúde Pública, MG, 2009.

Ainda há falhas no sistema de contra referência. (Enf 02)

Existem dificuldades apontadas para o retorno do paciente para atendimento assistencial domiciliar, um deles é o pouco comprometimento familiar, mesmo após treinamentos ofertados à estes. (Enf 05)

Há uma demora excessiva para o atendimento de pacientes encaminhados das Unidades de Saúde por meio do código de transação. (Enf 06)

Como parte do princípio da integralidade e facilitador para este, o sistema de referência e contra referência corresponde, respectivamente, à níveis de assistência mais complexas e ao mais baixo nível de assistência (FRATINI, SAUPE, MASSAROLI; 2008). Porém, segundo os sujeitos entrevistados, esta estratégia está aquém do idealizado.

Corroborando com os enfermeiros, no estudo de Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012), aponta-se a fragilidade deste sistema, explicitando que os resultados desta ineficiência são os longos períodos de espera pelos usuários para acessar determinados serviços, impedindo a continuação de seu tratamento.

#### 4.2 TEMA FINANCIAMENTO

Historicamente, os hospitais de ensino passaram por diversas mudanças na tentativa de superar crises financeiras e de gestão objetivando melhorias da qualidade dos serviços de atenção à saúde. O HC/UFPR fez parte destas transformações, as quais foram referidas nos discursos desta pesquisa.

As transformações que interferem diretamente na dinâmica relacional entre sociedade e indivíduos, considerada neste estudo como a voz da sociedade por meio das portarias estabelecidas em relação aos enfermeiros do HC/UFPR, foram classificadas no conceito de figuração. Os 05 (cinco) sujeitos que incorporaram este

tema em seu discurso comprovam que os laços invisíveis do trabalho são relevantes para seu cotidiano.

Os entrevistados referiram diversas passagens de mudanças do HC/UFPR, conforme QUADRO 2.

Antigamente haviam no HC leitos de não contribuinte, FUNRUAL e INPS. (Enf 02, Enf 12)

Com a implantação do SUS o hospital passou a cumprir um contrato de metas, cobrando por descrição de procedimentos. (Enf 01, Enf 02, Enf 09)

A verba para financiamento dos procedimentos que antes era encaminhada pelo MEC atualmente vêm do MS. (Enf 01, Enf 02)

Até 1968, o HC/UFPR concentrava seus atendimentos a indigentes. Tal situação mudou quando essa assistência não era mais suportada financeiramente, iniciando convênios com o FUNRUAL e INPS. Estes demonstraram ser ineficientes para pagamento de despesas hospitalares, momento no qual o MEC se responsabilizou com despesas excedentes da assistência e ensino (COSER, MACHADO-DA-SILVA; 2010).

A situação dos hospitais públicos de ensino se agravou a partir da implantação de portaria do INPS, definindo que pacientes não previdenciários não seriam pagos pelo convênio. O esforço do HC/UFPR foi conscientizar aos atores sociais atuantes na instituição que a mesma deixou de ser um hospital de indigentes, havendo a necessidade de selecionar sua clientela (COSER, MACHADO-DA-SILVA; 2010).

Na década de 1980, as mudanças expostas pelos enfermeiros em seus discursos se evidenciaram, o HC/UFPR passa a ser regulamentado pela AIH. Neste processo o preenchimento adequado no prontuário e registro de procedimentos tornam-se relevantes para que o novo convênio – Inamps - possa avaliá-los. É nesta década que ocorrem ainda os primeiros contatos diretos com o MS (COSER, MACHADO-DA-SILVA; 2010).

A transição dos antigos modelos de financiamento – Inamps - para as novas perspectivas a partir da implantação do SUS se faziam necessárias pela situação das condições dos hospitais do Paraná. No início da década de 1990, onze (11) hospitais do estado fecharam e outros reduziram consideravelmente o atendimento pela impossibilidade de custear a saúde com os valores pagos nas relações estabelecidas Inamps – Previdência Social (COSER, MACHADO-DA-SILVA; 2010).

Contemporaneamente, após assinatura do Convênio de Gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em 2004, os recursos financeiros despendidos ao HC/UFPR são fixos, disponibilizados pelo MS (COSER, MACHADO-DA-SILVA; 2010).

Apesar das diversas mudanças ocorridas que acompanharam a Reforma Sanitária até a implantação do SUS, ainda hoje são apontadas pelos sujeitos entrevistados dificuldades no financiamento da saúde no Brasil. Estes déficits são geradores de tensões no equilíbrio de força da sociedade.

O financiamento do SUS não acompanha os gastos do hospital, e a tabela utilizada para parâmetros está defasada. (Enf 05)

A falta de recursos para o hospital reflete na prática assistencial, na ausência de curativos especiais, por exemplo. (Enf 05)

Atualmente o hospital recebe seu incentivo financeiro por meio do gestor municipal, no qual há o repasse de acordo com o contrato estabelecido pela contratualização, processo este não benéfico. (Enf 09)

Há procedimentos realizados pelo HC, por ser hospital escola, que não são contemplados pelo SUS, a exemplificar: cirurgias plásticas. (Enf 09)

Para compreender a situação atual do financiamento do SUS, remete-se ao período anterior a Constituição de 1988, no qual o gasto federal em saúde era

submisso, em grande parte, aos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) e pela União por meio de receitas de impostos. Enquanto o FPAS subsidiava 80% dos gastos com saúde gerando uma dependência do financiamento da saúde as oscilações das receitas da Previdência, o orçamento do MS correspondia entre 12,9% e 22,7%. Assim, grande parte da população não tinha acesso a recursos para ter assistência à saúde, dependendo exclusivamente do orçamento do MS (SILVA, ROTTA; 2012).

A partir da implantação do SUS, foi promovida uma organização tripartite de financiamento federalista da saúde. Por meio desta organização a União, estados e municípios teriam competência comum do financiamento do novo sistema de saúde, ancoradas no Orçamento da Seguridade Social (OSS) (SILVA, ROTTA; 2012).

Apesar de inovadora, devido à irregularidades das contribuições financeiras e fragmentação dos recursos da saúde para com a Previdência e Assistência Social, essa opção orçamentária levou a uma diminuição desses recursos. Deste modo, surge, como solução temporária, a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direito de Natureza Financeira (CPMF) e a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29/2000) (SILVA, ROTTA; 2012).

A EC nº 29 aparece na tentativa de assegurar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo subsidiassem recursos mínimos para aplicação de percentuais das receitas, vinculando os recursos ao setor de saúde. Para complementar esta Emenda, o governo aprovou a Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, que apresenta diretrizes, divididas em quatro temas para aplicação da EC nº 29/00: da base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde; dos recursos mínimos a serem aplicados; das ações e serviços públicos de saúde; e dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle (BRASIL, 2011d).

A aprovação da EC nº 29/00 foi apresentada como grande avanço do financiamento do sistema de saúde brasileiro, porém conflitos foram evidenciados e colocados como barreiras para o cumprimento da mesma. A exemplificar a crise instalada, destaca-se que 17 estados da União deixaram de aplicar, em 2001, mais de R\$ 1 bilhão em ações e serviços de saúde, com destaque para os três estados da região sul, que descumpriram a EC nº 29/00 (UGÁ; MARQUES, 2005).

Atualmente, 7,9% dos valores destinados à Assistência Social são encaminhados para o MS e Desenvolvimento Social e Combate à Fome, enquanto que 92,1% são destinados ao Ministério da Previdência Social. (Presidência da República<sup>16</sup> *apud* SILVA; ROTTA, 2012).

É notável que o subfinanciamento do SUS não seja um problema apenas da época presente, tal situação foi gerada historicamente pelas políticas de ajuste macroeconômico que destinam metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização de dívidas do país. Há, ainda, o jogo de interesse político, a falta de governança e as irregularidades do sistema político que refletem na precariedade da assistência à saúde do cidadão, com destaque para a falta de financiamento, conforme explicitado nos discursos dos participantes do estudo (UGÁ; MARQUES, 2005; SILVA; ROTTA, 2012).

#### 4.3 TEMA PROCESSO DE TRABALHO

As frases temáticas relacionadas ao processo de trabalho foram categorizadas em dois conceitos de Norbert Elias: interdependência e equilíbrio de tensões. Isto se deve ao não reconhecimento, por parte dos sujeitos entrevistados, de mudanças induzidas pela implantação do SUS no seu processo de trabalho, como nas frases a seguir:

Mudanças perceptivas foram a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), prescrição de Enfermagem e a informatização, que não são relacionadas ao SUS. (Enf 11)

Não houve diferença nos cuidados de Enfermagem ao longo desses anos. (Enf 01)

---

<sup>16</sup> Presidência da República/Controladoria Geral da União – Portal da Transparência Governo Federal, 2011.

Compreendemos nesta pesquisa que a implantação do SUS por meio de seus princípios e diretrizes, independentemente da necessidade de ajustes para a eficácia destes, trouxe mudanças no processo de trabalho do enfermeiro. Porém esta figuração, como dinâmica relacional entre sociedade e indivíduos não foi reconhecida pelos sujeitos participantes.

Em estudo realizado em 1995, no Hospital de Clínicas da cidade de Rio Preto, localizada no estado de São Paulo houve corroboração à ideia do não reconhecimento de mudanças no processo de trabalho do enfermeiro. Nesta pesquisa, entretanto, dos 31 enfermeiros entrevistados apenas uma parte da amostra, 17 enfermeiros (54,84%), negam mudanças em suas ações diárias após a adesão da instituição ao SUS. Os 14 sujeitos que referiram mudanças colocam o trabalho, naquele tempo, como mais próximo do paciente e, no período da pesquisa, a assistência passou a ser mais tumultuada, exigindo um direcionamento desta categoria profissional ao paciente grave (MELO *et al.*, 1998).

No decorrer do estudo, os autores apontam uma provável causa da mudança do trabalho do enfermeiro citada anteriormente: diminuição de recursos humanos. Há o enfoque de que, para implementar qualquer ação, se faz necessário um quantitativo de pessoal para executá-la (MELO, *et al.*, 1998).

Após nove anos do referido estudo, a falta de recursos humanos ainda apresenta como problema gerador de tensões para sociedade como reflete a frase temática a seguir:

Apesar do número de leitos autorizados para internamento o hospital não atua em sua capacidade máxima devido falta de funcionários (Enf 01, Enf 08, Enf 11)

Para ratificar esta informação, utilizamos as ideias de Paim (2008), o qual reforça os diversos êxitos gerados a partir da implantação do SUS. Porém, destaca como exemplos de promessas não cumpridas do planejamento das políticas públicas de saúde as condições de trabalho e remuneração de profissionais da saúde.

#### 4.4 TEMA UNIVERSALIDADE

A dinâmica relacional existente no sistema de saúde brasileiro evidencia-se por meio dos discursos referenciados pela temática universalidade. A representação das frases temáticas desta categoria permite observar a relação de dependência entre a integralidade e a universalidade, as quais só se farão possíveis e plenas à toda população quando estiverem em sintonia com o financiamento do SUS.

As frases referidas pelos sujeitos da pesquisa refletem esta dependência, conforme QUADRO 4.

Grande parte dos usuários não reside em Curitiba e região, mas seu atendimento é garantido pela Lei 8.080. (Enf 06, Enf 07)

Atualmente os usuários compreendem sobre seu direito de ter um atendimento. (Enf 02)

Houve uma diminuição do número de leitos no hospital devido adequações às novas legislações, bem como a diminuição de recursos humanos. (Enf 01, Enf 03, Enf 05, Enf 07, Enf 10, Enf 12)

Apesar da implantação do código de transação não houve melhorias para o atendimento, o mesmo demora e o paciente, neste caso oncológico, já chega muito debilitado no hospital. (Enf 07)

É direito de todos nós termos um SUS de qualidade. (Enf 10)

Nos dias atuais, pesquisas têm demonstrado que o acesso aos serviços de saúde no Brasil tem melhorado. Anteriormente à implantação do SUS, 8% da população afirmavam ter usado serviço de saúde nos últimos 30 dias. Já em 2008,



houve um aumento de 174% neste índice, sendo que 14,2% da população referiu o uso de serviços de saúde nos últimos 15 dias (PAIM *et al.*, 2011).

Apesar deste indicador positivo, a saúde no Brasil está aquém do idealizado e entre os princípios ainda não alcançados, a universalidade merece destaque.

Outra análise de financiamento que impacta diretamente na universalidade refere-se ao número de internações financiadas pelo setor público. Em 1982, o sistema de previdência social financiou 13,1 milhões de internações/ano, enquanto isso, no ano de 2009, o SUS financiou 11,1 milhões de internações/ano. A redução no acesso ao cuidado hospitalar pode ser justificado pela restrição das despesas hospitalares por estado, limitando o pagamento de internações pelo MS, segundo o tamanho da população (PAIM *et al.*, 2011).

Mendes (2013) têm colocado como decrescente o nível de gastos federais em saúde e as tentativas de aumento dos mesmos têm sido infrutíferas. Deste modo, estima-se que, para alcançar uma relação que torne viável o princípio da universalização da saúde à população, faz-se necessário quase dobrar o orçamento do Ministério da Saúde.

Enquanto estes três pilares: universalidade, financiamento e integralidade, não estiverem em perfeito funcionamento, as tensões ainda serão geradas e, nesta pesquisa, tais tensões foram destaque nos discursos proferidos.

#### 4.5 TEMA CONTROLE SOCIAL

Neste estudo foram referendadas 03 (três) frases com a temática Controle Social. Uma delas demonstrou a relação usuário-sistema de saúde, sendo categorizada como figuração. A segunda frase colocada reforçou a necessidade de relações interdependentes entre os atores sociais para efetivação deste princípio do SUS, reconhecida por isto como interdependência. Na terceira frase, as tensões foram identificadas como sendo a dificuldade de colocar em prática tal princípio pela inexistência de um Conselho Local de Saúde atuante no cenário estudado.

Implantado pela Lei nº 8.142/90 e, posteriormente, reformulados pela Resolução nº 333/03, o controle social da população na gestão das políticas públicas de saúde faz-se mediante participação do Conselho de Saúde. Hoje, é definido

como um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS que, a princípio, compõe a estrutura básica do MS, Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. Contemporaneamente, se fez necessário a ampliação dos Conselhos, os quais se estabeleceram ainda a nível local e distrital do município (BRASIL, 2003b).

De acordo com a história, o Brasil teve o Estado como controlador social durante os anos de ditadura militar. Porém, o controle social relevante para as discussões atuais caracteriza-se pelas ações que os cidadãos exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir na gestão estatal (ROLIM, 2013).

O objetivo dos Conselhos de Saúde é atuar “na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.” (BRASIL, 2003b, p.5).

Assim, para os enfermeiros entrevistados, estas discussões têm trazido conhecimento e benefícios aos usuários do SUS, permitindo uma maior participação com consequentes exigências de seus direitos.

O usuário exerce o controle social quando questiona sobre o investimento na área da saúde e conhece seus direitos. (Enf 04, Enf 05)

Atualmente os usuários e familiares são participativos e críticos, um apontamento para tal fato é a participação em conselhos a nível local e distrital. (Enf 01)

Porém, assim como nas pesquisas que têm demonstrado a não efetividade destes espaços de discussão, este aspecto ineficiente do controle social também aparece no discurso de um entrevistado.

Não é colocado em prática o princípio do SUS a respeito do controle social, visto que não há Conselho Local de Saúde atuante. (Enf 06)

Em estudo realizado em 2006, para avaliação da efetiva participação dos cidadãos no Conselho Municipal de Saúde do município de Teixeira, localizado no

estado de Minas Gerais, houve a percepção da não consolidação da gestão participativa no SUS. Isto ocorre por um desconhecimento das diretrizes que regem a criação e funcionamento dos conselhos. O não respeito aos princípios da paridade e a influência política como critérios de escolha dos membros do Conselho dificultam o importante processo de gestão das políticas públicas de saúde no Brasil (COTTA *et al.*, 2011).

A não efetiva participação da população no controle social pode ser justificada pela falta de divulgação de informações, bem como por alguns interesses para que a população não tenha conhecimento de estratégias do SUS, seus direitos ou ainda que os exijam (ROLIM, 2013).

Deste modo, Cotta *et al.* (2011) sugerem o reconhecimento dos cidadãos como pertencentes à sociedade o que lhes conferem direitos, como o de participação nas decisões políticas. Acredita-se que o acesso à educação facilitaria esta transformação, compartilhando informações sobre leis que regem o SUS, conteúdos para esclarecimento de conselheiros da saúde, bem como a necessidade da participação popular neste processo de construção de políticas para sociedade.

Na tentativa de melhoria desses aspectos, o CONASS aprovou algumas propostas na 14ª Conferência Nacional de Saúde para qualificação do SUS. Destacamos a Diretriz nº 02, com o título de “GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL SOBRE O ESTADO: AMPLIAR E CONSOLIDAR”, que aborda entre outros pontos a necessidade de fortalecimento da atuação dos mecanismos de controle social; a garantia de que os convênios e contratos do SUS sejam aprovados pelos conselhos de saúde; a implementação do Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde e líderes comunitários com o intuito de efetivar o comprometimento destes perante as ações de saúde; e por fim, a inserção de conhecimentos sobre o SUS e controle social na grade curricular do Ensino Fundamental e Médio objetivando ter a escola como formadora de pessoas críticas-reflexivas (BRASIL, 2012b).

#### 4.6 TEMAS DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

Os dois temas – descentralização e regionalização – serão abordados no mesmo capítulo, uma vez que há uma complementariedade em seus conceitos (QUADRO 6 e QUADRO 8).

No tema descentralização, foram elaboradas duas frases temáticas no discurso de dois sujeitos. Já com relação ao tema regionalização houve uma frase temática. Estas permaneceram na categoria de figuração por representarem a dinâmica entre sujeitos no sistema de saúde. Neste capítulo, será abordada as relações intergovernamentais.

A partir da implantação do SUS o Estado diminuiu sua responsabilidade na área da saúde, em contrapartida há um aumento da atuação do município. (Enf 06, Enf 02)

Quando o HC trabalhava de portas abertas haviam pacientes de todos os estados e municípios, isto se modificou com o SUS. (Enf 10)

A ideia de descentralização apareceu na 3ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1963. Houve uma tentativa de mudança de conceitos relativos à gestão da saúde, com ênfase para a municipalização da assistência. A gestão municipal se justificaria por ser o Brasil um país de dimensões continentais, no qual só poderia ter qualidade na assistência caso houvesse serviços essenciais em cada canto do país (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Posteriormente, a Constituição Nacional de 1988 definiu o papel da União, dos estados e municípios no sistema de saúde com foco na descentralização. Esta traria uma formulação e implementação da política de saúde, dos recursos financeiros e, dos serviços e ações de saúde nos estados e municípios (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Alguns autores complementam que, com a promulgação da Constituição de 1988, foi ofertado uma grande autonomia aos municípios, transformando-os em entes federativos. Esse modelo trouxe consequências não necessariamente

benéficas ao sistema: a indefinição do papel dos estados, eximindo-se de sua responsabilidade, e a concorrência entre municípios (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010b).

Como consequência da descentralização, a municipalização deveria ser substituída por uma organizada regionalização do sistema, possibilitando a construção de sistemas regionais com participação solidária dos três entes federados: municípios, estados e união (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010b).

Neste ponto, reconhece-se que as mudanças colocadas como processo de descentralização e regionalização não atingiram seu ápice até os dias atuais. Com relação à categorização, consideram-se os discursos afetos apenas à figuração; entende-se que a não identificação de tensões pode ser compreendida como contraditória, no que tange a própria participação dos enfermeiros, como categoria profissional, nos debates relativos ao SUS, seus desafios, suas possibilidades e sua contínua construção.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de uma análise do movimento de Reforma Sanitária foi possível compreender as tensões geradas na sociedade e suas respectivas consequências. Neste caso, o movimento sanitário que se constituiu a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), em 1950, possuía um pensamento reformista com novas ideias para o campo da saúde. Durante todo o processo houve a busca por diretrizes que transformassem este sistema, como ocorreu nos anos de 1980, nos quais se almejou um sistema de saúde de caráter público e universal, a democratização por meio da participação popular, e a descentralização dos serviços. Esta luta culminou na promulgação da 8ª Constituição do Brasil e Lei 8.080/90, gerando uma cascata de mudanças nas políticas de saúde do país. (SCOREL, NASCIMENTO, ELDER; 2005).

No processo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no cenário estudado, as tensões e relações analisadas pelo viés da implantação das novas políticas públicas de saúde, na década de 1990, permitiram identificar que os princípios do Sistema Único de Saúde fazem parte das rotinas dos enfermeiros entrevistados e que permeiam as relações estabelecidas pelos profissionais, sejam estas entre enfermeiro-enfermeiro, enfermeiro-usuário ou enfermeiro - sistema de saúde.

A análise de discurso trouxe benefícios previamente sugeridos pela escolha da metodologia. A importância de identificar a fala de um grupo foi muito clara por meio da identificação dos temas e figuras, os quais apareciam impetuosamente nos 12 discursos analisados.

O conceito de figuração para classificação das frases foi o mais utilizado. Isto corrobora com a afirmação de que as relações estabelecidas entre enfermeiros e sistema de saúde são muito utilizadas em seu cotidiano. As imposições do sistema, facilidades implantadas e dificuldades geradas são, por muitas vezes, relatadas nos discursos o que demonstra a dinâmica relacional entre estes.

Da mesma forma, as tensões geradas também são frequentemente apontadas. Por serem apresentadas como barreiras para atingir o objeto de trabalho do enfermeiro, seja a assistência, gerência, ensino ou pesquisa, determinam alterações no equilíbrio de forças da sociedade, obtendo grande relevância.

Em contrapartida, o conceito de interdependência foi pouco identificado nos discursos dos sujeitos. Consideramos nesta categoria, as importantes relações entre enfermeiros-usuário necessárias para alcançar o seu objeto de trabalho. Acreditamos que o não reconhecimento das mudanças no processo de trabalho deste profissional fez com que os temas e figuras relacionados a este conceito não fossem citados pelos entrevistados.

Por meio deste estudo observamos que é permissível a utilização de conceitos da sociologia histórica de Norbert Elias: figuração, interdependência e equilíbrio de tensões, os quais apareceram frequentemente nas frases temáticas. Estes se apresentaram como elos inseparáveis e demonstraram a articulação entre a identidade-eu e a identidade-nós, na construção do *habitus* social dos enfermeiros.

A percepção de que a implantação do SUS modificou o processo de trabalho do enfermeiro não foi identificada por estes sujeitos. Pondera-se que a pouca participação desta classe profissional no período da Reforma Sanitária e, ainda, hoje nos espaços de decisões políticas, levam a um déficit no conhecimento aprofundado das políticas públicas de saúde do Brasil e de seu impacto no processo de trabalho em saúde.

Contudo, o enfermeiro reconhece que a Lei nº 8080/90 trouxe, por meio de seus princípios e diretrizes, alterações no Hospital de Clínicas. Deste modo, consideramos que as transformações induzidas pela implantação do SUS refletem no processo de trabalho deste profissional ainda que indiretamente.

Assim, acreditamos que novos estudos em outras instituições de saúde do país venham complementar esta pesquisa. Formações sociais distintas levarão para um olhar diferenciado aos discursos, já que apresentariam nas entrelinhas uma diferente construção histórica e realidades.

A análise histórica do Sistema Único de Saúde induziu, ainda, a refletir que este compõe um projeto de grande relevância com perspectivas de melhorias para a saúde do país. Entretanto, dificuldades apontadas ao longo deste trabalho merecem um olhar aprofundado, com destaque à ampliação dos espaços de discussões e reflexões sobre o processo de trabalho do enfermeiros e sua interface às políticas públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, dez. 1986. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1986000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29/10/2013.

BARBOSA NETO, F. Diretrizes curriculares, certificação e contratualização de Hospitais de Ensino. **Cadernos ABEM**, v. 08, 2008. Disponível em: <<http://www.abem-educmed.org.br/caderno>>. Acesso em: 27/01/2013.

BERNARDINO, E.; FELLI, V.E.A. A organização da Enfermagem do HC-UFPR: refletindo sobre seus determinantes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, apr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/10/2013.

BERNARDINO, E. **Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de Enfermagem**. 178f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 15, de 22 de maio 1987. Estabelecer critérios e parâmetros para a aplicação Índice de Valorização de Desempenho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 mai. 1987. Disponível em <[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_pesq\\_consulta.cfm](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm)>. Acesso em: 27/01/2013.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm#indice](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm#indice)>. Acesso em: 12/08/2012

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 12/03/2012.



\_\_\_\_\_. Portaria nº 15, de 08 de janeiro de 1991. Define a ascensão automática mensal do índice de valorização hospitalar dos hospitais integrantes do SIH-SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de jan. 1991a. Disponível em: <[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_pesq\\_consulta.cfm](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm)>. Acesso em: 27/01/2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 357, de 04 de março de 1991. Estabelece conceituações para Hospital de Ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 de mar. 1991b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-375.htm>>. Acesso em: 27/01/2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 01, de 16 de agosto de 1994. Altera os itens que classificam os HE para a concessão do FIDEPS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 de ago. 1994.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.127, de 31 de agosto de 1999. Determina que a secretaria de Assistência à Saúde que em conjunto com os Gestores do SUS, que tenham sob sua gestão Hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS, proceda à verificação "in loco" das atuais condições de funcionamento dos mesmos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 de set. 1999.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003a. Constitui a Comissão Interinstitucional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 de mai. 2003a.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003b. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 4 dez. 2003b.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1000, de 15 de abril de 2004. Estabelece os requisitos para certificação dos hospitais de ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 de abr. 2004a. Disponível em: <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/POR-TARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>. Acesso em: 27/01/2013.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1006, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de reestruturação dos hospitais de ensino do MEC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 de mai. 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em: 27/01/2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1702, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 de ago. 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 27/01/2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de mar. 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_4\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf)>. Acesso em: 20/01/2013.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 2400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 de out. 2007. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/consulta.php#>>. Acesso em: 27/01/2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade**. Brasília: CONASS, 2011b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção a saúde**. Brasília: CONASS, 2011c.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS. SUS na seguridade social. Política pública, patrimônio do povo brasileiro / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf)>. Acesso em 29/10/2013.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A.F.B.; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, Botucatu, v. 16, n.40, p. 249-260, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100019&script=sci_arttext)>. Acesso em 25/10/2013.

CAR, M. R.; BERTOLOZZI, M. R. O. procedimento da análise de discurso. In: CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (orgs.). **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: CIPESC.** Brasília: ABEN, 1999. p. 348-53.

CARMO, M. **Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde - estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG - 1996 a 2004.** 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

COTTA, R.M.M; *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.1121-1137, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300019&script=sci_arttext)>. Acesso em 20/09/2013.

COSER, C.; MACHADO-DA-SILVA, C.L. **Práticas de Assistência no HC-UFPR: a Dinâmica do Processo no Período 1961-2008.** In: ENCONTRO DA ANPAD, XXXIV, 2010, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro, 2010. p.1-17. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad\\_2010/EOR/2010\\_EOR2489.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2010/EOR/2010_EOR2489.pdf)>. Acesso em: 01/10/2013.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994a.

ELIAS, N. **O processo civilizador, volume 1: uma história de costumes.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994b.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333-384.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. *et al.* (Org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-82.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

FARIA, H.X; ARAUJO, M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saude Soc.**, São Paulo, v.19, n.2, jun, p.429-439, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000200018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000200018&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28/09/2013.

FIORIN, J.L. **Linguagem e ideologia**. 8ª edição. São Paulo: Ática, 2007.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência na integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v.7, n.1, p. 065-072, jan-mar. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908>>. Acesso em 10/07/2013.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A.L.A. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N.T. *et al.* (Org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.59-82.

HOSPITAL DE CLÍNICAS da Universidade Federal do Paraná. **HC/UFPR**. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/8>. Acesso em: 17/11/2013.

LAROCCA, L.M.; LUCCAS, D.S. Relações de poder no território de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, p. 311-318, set./dez. 2009.

LINARD, A.G.; CASTRO, M.M.; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n.3, p. 546-553, set, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22/10/2013.

LUNARDI VL, LUNARDI FILHO WD, SCHWENGBER AI, SILVA CRA. Processo de trabalho em Enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p.73-76, 2010.

GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

MELO, M.R.A.C., *et al.* Modificações no atendimento de enfermagem hospitalar decorrentes do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, out. 1998. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691998000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11/11/ 2013.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03/11/2013.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em saúde**. Disponível em [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho\\_em\\_Saude\\_ts.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf). Acesso em: 22/05/2012.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>>. Acesso em: 09/11/2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

NORBERT ELIAS Foundation. Disponível em: <<http://www.norberteliasfoundation.nl/>>. Acesso em: 05/10/2013.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. I. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. 2ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**. Contribuições para a compreensão e crítica. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J.S. **O que é SUS**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 21 maio 2011. v. 377, n. 9779, p. 1778-1797. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext)>. Acesso em: 01/10/2013.

PEREIRA, M.J.B. *et al.* A Enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 5, Out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20/10/2013.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 1ª Edição. São Paulo: Annablume. 1998.

REIS, M.C. Do espaço do sujeito ao espaço mundial: uma nova maneira de apreender a realidade. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.17.n 2, p.397- 428, jul/dez. 2002.

ROLIM, L. B. *et al.* Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan/mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>>. Acesso em: 22/10/2013.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 2, p. 221-4, mar-abr. 2007.

SETTON, M.G.J. Marcel Mauss e Norbert Elias: notas para uma aproximação epistemológica. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 34, n. 122, p. 195-210, jan.-mar. 2013.

SILVA, C.L da; ROTTA, C.V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 333 – 345, ago/dez. 2012.

SILVA, D.B.; SOUZA, D.L. Contribuições da teoria de Norbert Elias para a compreensão de aspectos relativos à aderência à prática de atividade física em programas de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial sistêmica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.34, n.87, p.705-716, out/dez. 2010.

SPEDE, S.M.; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, v. 20, n. 3, p. 953-972. 2010a.

SPEDE, S.M.; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.3, p.533-546, 2010b.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de Atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N.T. *et al.* (Org). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-80.

THOFEHRN, M.B., *et. al.* A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas (RS), v.1, n.1, p. 190-198, jan-mar, 2011.

UGÁ, M.A.D.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N.T. *et al.* (Org). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-234.

VEIGA C.G. Pensando com Elias as relações entre sociologia e história da educação. In: FARIA FILHO, LM. **Pensadores sociais e história da educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2005, p. 139-166.

ZOMBINI, E.V. *et al.* Classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 71-86, mar/jun. 2012.

## APÊNDICES

|  |    |
|--|----|
| APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 79 |
| APÊNDICE 2 – Roteiro para Entrevista.....                    | 80 |



## APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Daiane Siqueira de Luccas, pesquisadora, convido você, enfermeiro (a) a participar de um estudo intitulado “OPROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UM HOSPITAL ESCOLA: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DE NORBERT ELIAS” parte de dissertação do Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR. As pesquisas promovem avanços na área da Enfermagem e sua participação é fundamental.

O objetivo desta pesquisa é analisar a influência da implantação do SUS no processo de trabalho do enfermeiro, sob a ótica do sociólogo Norbert Elias.

Caso você participe da pesquisa realizaremos uma entrevista, a qual será gravada, no seu local de trabalho ou outro, em dia e horário de sua escolha, com duração média de 40 minutos.

A pesquisadora Daiane Siqueira de Luccas poderá ser contatada para esclarecimentos sobre a sua pesquisa a qualquer momento pelo telefone (41) 96285774, ou pelo e-mail [daiane\\_luccas@hotmail.com](mailto:daiane_luccas@hotmail.com). As informações que você, participante, queira estão garantidas antes, durante e depois do estudo.

A sua participação é voluntária e por ela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa (deslocamento, reprodução de material, fitas, etc.) não são da sua responsabilidade.

A sua entrevista será áudio gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Ao final dela, você poderá conferir as anotações realizadas no instrumento de coleta de dados e atestar a veracidade dos registros feitos. Logo a pesquisa termine, sua entrevista, as fitas gravadas e o instrumento de coleta de dados serão apagados/destruídos.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a confidencialidade mantida.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Entendi que o estudo não representará custos para mim e que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete diretamente.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa)

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

|   |
|---|
| Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas<br>da Universidade Federal do Paraná. Telefone: (41) 3360-1041 |
|---|



**APÊNDICE 2**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

|                                  |                |  |  |
|----------------------------------|----------------|--|--|
| <b>Identificação</b>             |                | <b>Idade</b>                           |  |
| <b>Sexo</b>                      | ( )F      ( )M | <b>Ano em que ingressou no HC/UFPR</b> |  |
| <b>Setor/função já ocupados:</b> |                |  |  |
|                                  |                |  |  |
|                                  |                |  |  |
|                                  |                |  |  |
| <b>Setor/função atual:</b>       |                |  |  |
|                                  |                |  |  |

1. Como foi para você a implantação do SUS no Hospital de Clínicas?
2. Como você percebe a dinâmica das relações ENFERMEIRO-USUÁRIO estabelecidas a partir de 1990?

## ANEXO

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PÁGINA 01

|  |  |   |
|--|--|---|
| <br>HC/UFPR | <b>HOSPITAL DE CLÍNICAS DA<br/>UNIVERSIDADE FEDERAL DO<br/>PARANÁ - HCUFPR</b> |  |
| <b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>  |  |   |

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UM HOSPITAL ESCOLA: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DE NORBERT ELIAS

**Pesquisador:** Dalane Siqueira de Luccas

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 09236512.6.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 249.407

**Data da Relatoria:** 16/04/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa a ser desenvolvido como dissertação de Mestrado do Curso de Enfermagem da UFPR. Possui como objeto o processo de trabalho dos enfermeiros atuantes nesta instituição, analisado sob a ótica teórica de Norbert Elias.

A pesquisa será realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), localizado no município de Curitiba. Assim, como sujeitos da pesquisa, selecionaremos 28 profissionais enfermeiros que trabalham no HC/UFPR e tenham vivenciado o processo civilizatório proposto neste estudo, a implementação do Sistema Único de Saúde.

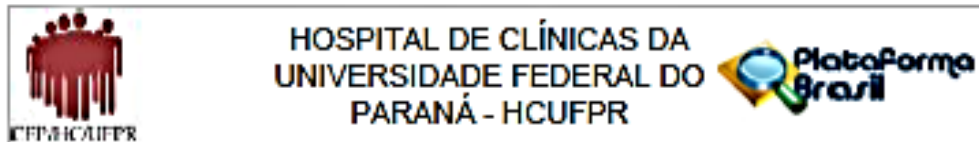
Os dados serão obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com os enfermeiros, que permitirão a revelação de condições estruturais, dos valores de determinada sociedade, bem como as representações dos grupos sociais, com a amplitude de suas especificidades das condições históricas, sócio-econômicas e culturais.

A coleta de dados qualitativa será realizada após aprovação no CEP/HC, constituindo-se na realização de uma entrevista semi-estruturada, gravada com os enfermeiros atuantes no HC/UFPR.

Os dados serão analisados pela metodologia de discurso, por ser analisarem a social contribua para aforar as relações existentes no processo. A utilização desta análise permitirá a compreensão mais ampla do contexto exposto pelos atores sociais e incluirá durante as investigações os aspectos sócio-histórico-ideológicos (FIORIN, 2007).

|                                  |                     |                        |
|----------------------------------|---------------------|------------------------|
| Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181 |                     | CEP: 80.060-900        |
| Bairro: Alto da Glória           | Município: CURITIBA |                        |
| UF: PR                           |                     |                        |
| Telefone: (41)3380-1041          | Fax: (41)3380-1041  | E-mail: cep@hc.ufpr.br |

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PÁGINA 02

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a implantação do Sistema Único de Saúde e sua determinação no processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital de ensino de Curitiba.

Reconhecer a construção histórica do habitus social no processo de trabalho do enfermeiro de um hospital de ensino.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo as pesquisadoras, o presente estudo não implica em riscos aos enfermeiros participantes.

Os benefícios se darão à medida que permitam desvendar a influência das mudanças no Sistema de Saúde Brasileiro no processo de trabalho do enfermeiro. A maneira como a organização deste trabalho se deu até os dias atuais é importante para compreensão da sociedade em que vivemos, bem como para compreender a estrutura da profissão, permitindo sugestões para a formação dos futuros profissionais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os participantes serão enfermeiros de acordo com critérios de inclusão e exclusão e que aceitaram participar do estudo.

Assim, este estudo facilitará a identificação da forma de implantação do SUS no processo de trabalho do enfermeiro, bem como apresentar a construção histórica do habitus social no processo de trabalho do enfermeiro.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados pelas pesquisadoras estão de acordo com a solicitação formal

**Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, zerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Atendida a pendência do TCLE adequadamente, projeto pode ser considerado aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

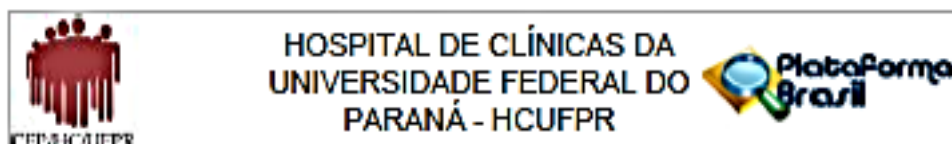
Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFRP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP,

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.050-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3380-1041 Fax: (41)3380-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PÁGINA 03



relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, zerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

CURITIBA, 18 de Abril de 2013

---

Assinador por:  
Renato Tambara Filho  
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.050-000  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3380-1041 Fax: (41)3380-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br