

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA E ORGANIZAÇÕES

CLAUDIA COSER

**PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS DE ENSINO, PESQUISA E
ASSISTÊNCIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR: UMA
ANÁLISE ESTRUTURACIONISTA NO PERÍODO 1961-2008.**

Curitiba, 2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CLAUDIA COSER

**PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS DE ENSINO, PESQUISA E
ASSISTÊNCIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR: UMA
ANÁLISE ESTRUTURACIONISTA NO PERÍODO 1961-2008.**

Tese apresentada ao Doutorado
em Administração da UFPR,
como requisito para obtenção do
título de Doutorado em
Administração.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis L.
Machado-da-Silva

Curitiba, 2009

AGRADECIMENTOS

Foram quatro anos e alguns meses de empenho antes e durante o doutorado. Muitas pessoas fizeram parte dessa experiência. Gostaria de expressar a minha gratidão e apreço a todos pelo apoio e incentivo. Menciono alguns agradecimentos...

Agradeço a Deus pela força da vida...

Agradeço ao Silvano, companheiro de paciência e estímulo...

Agradeço à família pela presença constante, pela fraternidade...aos pais pelo amor incondicional e aos irmãos pelo apoio, especialmente à mana Karize pela proximidade.

Agradeço ao mestre Clóvis L. Machado-da-Silva por me acompanhar desde o mestrado em 2001. Agradeço pela oportunidade de aprender contigo principalmente pelo exemplo o que é ser pesquisador e mestre.

Aos professores membros da banca do projeto: Prof. Sérgio Bulgacov e João Marcelo Crubellate que indicaram limitações e apresentaram proposições à continuidade do estudo.

Aos colegas de doutorado pelo exercício compartilhado da aprendizagem: Edson Guarido, Queila Regina Souza, José Ivan Prohmann, James Baraniuk e Péricles José Pires.

Agradeço também a algumas pessoas do Hospital de Clínicas que se abriram as portas do hospital para a pesquisa: Vera Belo Chagas, Maria Cecília Coser, Prof. Giovani Loddo, Profa. Heda Maria Barska dos Santos Amarante, Prof. Angelo Luis Tesser. Agradeço a secretária Nilsiane pela paciência em compartilhar espaço na secretaria geral do HC e pelas explicações de detalhes dos arquivos e registros.

RESUMO

O presente trabalho consiste num estudo estruturacionista no Hospital de Clínicas da UFPR tendo como problema a verificação dos fatores que condicionam as práticas de ensino, pesquisa e assistência do referido hospital no período de 1961 e 2008. Configuram-se entre os objetivos a identificação das de variáveis como: práticas de ensino, pesquisa e assistência no referido continuum, principais agentes relacionados a tais práticas, princípios estruturais, principais estruturas bem como as interações entre os agentes. A partir de tais elementos é constituída a historicidade da referida organização. A Teoria da Estruturação de Giddens constitui a principal base teórica do estudo enfocando tópicos como: dualidade estrutura e agência, prática, historicidade, monitoramento reflexivo, contextualização espaço-temporal. Também configuram base teórica os processos de mudança e estruturas cognitivas constituídas a partir de interações em rede. A estratégia metodológica centra-se no Estudo de Caso empregando a coleta e análise de dados a partir de: entrevistas abertas e semi-estruturadas com os principais agentes do referido hospital distribuídos nas finalidades de ensino, pesquisa e assistência; observação não participante de seminários, reuniões e palestras; análise documental de registros como jornais, sites, editais, ofícios e especialmente na análise das atas de todas as 800 reuniões do principal órgão de articulação e diretrizes para o ensino, a pesquisa e assistência, o Conselho de Administração do HC-UFPR. A análise está distribuída em 13 tópicos articulados que permitem a construção do percurso histórico considerando as variáveis de análise tendo como principais resultados em cinco momentos que revelam a estruturação das práticas organizacionais do HC – UFPR: que os fatores condicionantes das práticas de ensino estão associados inicialmente a noção de hospital-escola centrados no MEC passando por novos condicionantes como acordos interministeriais que constituem os hospitais universitários como hospitais de ensino pela assistência e finalmente por hospital que concentra assistência referenda impossibilitando o ensino em diversos campos. Dessa maneira, enquanto a assistência se projeta como referência as práticas de ensino são direcionadas a espaços cada vez mais externos e por agentes cada vez mais assistenciais que empreitam o ensino de maneira legítima porém não regulada. A pesquisa é desenvolvida por agentes individualizados e por áreas e serviços cada vez mais territorializados na medida em que os fatores condicionantes estabelecem verticalização e especialização acentuando fronteiras. Dentre as conclusões destaca-se a impossibilidade de simbiose entre ensino, pesquisa e assistência posto que constituem práticas sustentadas em princípios estruturais contraditórios e estruturas conflitantes.

ABSTRACT

The present production consists in a structuratinist study on Hospital de Clínicas – UFPR. The inquiry problem is related to factors that offer conditions to teaching, inquiry and assistance practices during the period 1961-2008. The study objectives are: to identify practices to teaching, inquiry and assistance, structural principles, structures as relations among agents. This elements constitute the organization historicity. The Structuration Theory by Giddens implies in a main theoretical base of study focusing on topics as: agency and structure duality, practices, historicity, reflexive monitoring, spatio-temporal context, change process, and cognitive structures constituted by interactions on network. The methodology strategy is focused on Case Study using gathering and analysis of dates that points towards: open and partly open interviews with agents located on teaching, inquiry and assistance finalities hospital; non participant observation at seminars, meetings, discourses; documental analysis of newspapers, sites, official letters and mainly proceedings of 800 meetings of principal collective agent which articulates policies to teaching, inquiry and assistance, the Administration Council of HC-UFPR. The analysis is divided on 13 themes articulated which build the historical trajectory relating analysis variables located on five moments that reveal organizational practices structuration on HC-UFPR: the conditioning factors to teaching practices are related to school hospital definitions concentrated on MEC, passing on new conditionings as ministries accords that conceive university hospitals as teaching hospital by assistance, and by end as assistance hospital concentrated on reference assistance making impossible the teaching in various areas. In these terms, while the assistance amplifies as reference the teaching practices are suffering a loss concerned to internal spaces and produced by external assistance agents that works on teaching which is considerate legitimated but not regulated. The inquiry is developed by individual agents as by areas and services more and more limited by conditioning factors as specialization. From conclusions it points out the impossibilities to symbiosis among teaching, inquiry and assistance due to contradictions and conflicts on structural principles to that practices.

INTRODUÇÃO.....	10
1. 1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	12
1.1.1 <i>Objetivo Geral</i>	12
1.1.2 <i>Objetivos específicos</i>	12
1.2. JUSTIFICATIVA TEÓRICO-PRÁTICA.....	13
2. BASE TEÓRICO-EMPÍRICA.....	14
2.1. ESTRUTURA E DUALIDADE.....	14
2.2. HISTÓRIA/ HISTORICIDADE E MUDANÇA SOCIAL.....	17
2.3. MONITORAMENTO REFLEXIVO: CONSCIÊNCIA DISCURSIVA E PRÁTICA.....	19
2.4. AGÊNCIA.....	22
QUADRO 1 - CONCEITOS DE AGÊNCIA E AGENTE.....	22
2.5. TEMPO, ESPAÇO E REGIONALIZAÇÃO.....	24
2.6. MICRO E MACRO: INTEGRAÇÃO SOCIAL E INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS.....	24
2.7. EXPLICAÇÕES ENDÓGENAS À PERMANÊNCIA E MUDANÇA.....	26
2.8. INTERAÇÃO: UMA ATIVIDADE DOS SISTEMAS SOCIAIS.....	29
2.9. ESTRUTURA COGNITIVA.....	32
2.9.1. <i>Dinâmica Social: fundações cognitivas</i>	35
2.9.2. <i>Esquemas de Representação</i>	38
2.10. INTERAÇÃO: ESTABILIDADE E MUDANÇA.....	42
2.10.1. <i>Institucionalismo Político: mudança e estabilidade</i>	44
2.10.2. <i>Esquemas e as mudanças institucionais</i>	46
2.11. INSTITUIÇÕES E INTERESSES.....	48
2.12. A INTERPRETAÇÃO DAS PRÁTICAS.....	49
2.13. REDES SOCIAIS: CO-PRESENÇA.....	53
2.13.1. <i>Mineração de Redes Sociais a partir de Eventos</i>	54
3. METODOLOGIA.....	56
3.1 PERGUNTAS DE PESQUISA.....	56
3.2. VARIÁVEIS DE ANÁLISE.....	56
3.2.1 <i>Princípios Estruturais</i>	56
3.2.2 <i>Estruturas</i>	57
3.2.3 <i>Interação Social e Relação Social</i>	58
3.2.4 <i>Práticas</i>	58
3.2.5 <i>Historicidade</i>	59
3.2.6 <i>Agente e Agência</i>	59
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	60
3.4 DESIGN DA PESQUISA.....	63
3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	64
3.6. LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	66
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE.....	68
4.1 O HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR.....	70
4.1.1 <i>Estruturas de Interpretação atuais</i>	89

4.2 OS MÉDICOS VOLUNTÁRIOS.....	97
4.3 OS RESIDENTES – RESIDÊNCIA MÉDICA OU RESILIÊNCIA MÉDICA	100
4.3.1 <i>As estruturas se mantêm.....</i>	117
4.4 PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA: OPERACIONALIZAÇÃO POR CONVÊNIOS.....	122
4.4.1 <i>Década de 90: aprofundamento do debate em torno do SUS.....</i>	140
4.4.2 <i>As intervenções diretas do SUS: iniciando pela redistribuição de</i> <i>funcionários públicos (Governo Collor).....</i>	145
4.4.3 <i>Contrato de Metas entre HC e Gestor – SMS e SME.....</i>	152
4.4.5 <i>Impressões de agentes do HC</i>	165
4.5 AS PRÁTICAS DE ENSINO E AS RELAÇÕES COM OS ALUNOS.....	168
4.5.1 <i>A reflexividade das práticas de ensino pelos professores.....</i>	173
4.6 AS PRÁTICAS DE PESQUISA.....	182
4.5.1 <i>Práticas e Estruturas Cognitivas relacionadas à Pesquisa: entre a</i> <i>Indústria Farmacêutica, CAPES e CNPQ</i>	191
4.7. O RECONHECIMENTO FORMAL DE INDIVÍDUOS	200
4.8. CRISE FINANCEIRA E OPERACIONAL: UMA CONSTANTE.....	203
4.9 O FUNDO DE RESERVA E DOAÇÕES	219
4.9.1. <i>Doações.....</i>	220
4.9.2 <i>Pacientes Particulares: atender ou não atender, eis a questão.....</i>	224
4.9.3 <i>Relatórios: dos números à legitimidade.....</i>	228
4.10 ESPAÇOS FÍSICOS: EXPRESSÃO DAS RELAÇÕES DE PODER.....	234
4.11.1 <i>Relações com outras Instituições de Ensino e Hospitais</i>	249
4.12. A NATUREZA DAS RELAÇÕES	255
4.13 A GESTÃO/DIREÇÃO DO HC UFPR.....	263
4.13.1 <i>A Administração na Administração do HC – O Caso do Diretor</i> <i>Administrativo.....</i>	264
4.13.2 <i>O Regimento: a regimentação.....</i>	267
4.13.3 <i>Avanços no Regimento em (07/10/1985).....</i>	269
4.13.4 <i>(Des)Continuidades.....</i>	273
4.13.5 <i>O Novo Modelo de Gestão: as Unidades Funcionais</i>	294
4.13.6 <i>Uma Pausa para o Tribunal de Contas da União.....</i>	301
4.13.7 <i>O Novo Modelo Volta à Cena</i>	302
4.13.7 <i>As impressões sobre o Novo Modelo de Gestão.....</i>	306
5. POR UMA SÍNTESE	316
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	339
7. REFERÊNCIAS.....	344
ANEXO 1: ENTREVISTAS	359

INTRODUÇÃO

Os estudos acerca da interação humana e as derivações desse fenômeno são amplamente investigados nas diversas áreas das ciências sociais. No campo dos estudos organizacionais tais empreitadas têm sido há algum tempo marcadas pela análise das teias de relações sociais: a) o conteúdo das relações; b) a estabilidade-dinâmica das estruturas relacionais; c) os efeitos/resultados da conjugação dos dois primeiros itens em termos de estrutura e ação. Sobre as estruturas sociais é possível confirmar a viabilidade da análise das relações/interações sociais dualmente estabelecidas, em que as relações consistem em “realizações contingentes de atores sociais” (Giddens, 2001, p. 152) constituindo sistemas sociais tecidos pelas relações reproduzidas entre atores, organizadas como práticas sociais regulares. (Giddens, 2001, p. 29).

Considerando a dualidade entre estrutura e ação a noção de estruturação como dinâmica mais ou menos regulada é permitida pela consideração das atividades humanas estabelecidas num contexto social delineado por condições espaciotemporais do aqui e agora. Tais sistemas de interação permitem tanto a mudança quanto a reprodução/continuidade de condições – estando associadas a estruturas que suportam e fornecem desde parâmetros de ação a recursos às relações de poder.

A teoria da estruturação de Giddens apresenta a tentativa de superação de dicotomias expressas geralmente em binômios como subjetivo e objetivo, determinismo e voluntarismo, micro e macro, agente e estrutura. Os pressupostos são sustentados numa relação de condicionalidade recíproca, principalmente entre agentes e no desenrolar das interações num fluxo quase ininterrupto de práticas.

O presente estudo visa a verificação dos fatores que condicionam as práticas de ensino, pesquisa e assistência no período de 1961 e 2008 bem como a identificação dos agentes e estruturas considerando os princípios estruturais para tais práticas a partir da construção da historicidade da referida organização.

A escolha pelo Hospital de Clínicas da UFPR é derivada do fato dessa organização apresentar-se de maneira complexa e instigante na medida em que se revela única especialmente por expressar propriedades estruturais constituintes de estruturas distintas para os diversos grupos de agentes. O HC-UFPR depois de oito anos de construção com

adaptações à sua finalidade, de Hospital Escola iniciou suas atividades em junho de 1961. Atualmente é o maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários do Brasil. Em 2008 faz 766.057 atendimentos, 19.003 internações, 10.677 cirurgias tendo pacientes de origem diversas, mas com forte concentração para Curitiba e demais localidades do Paraná. Os atendimentos são distribuídos em mais de 70 ambulatorios/especialidades e mais de 20 serviços de apoio e diagnóstico e 24 áreas de especialidade cirúrgica, incluindo obstetrícia. Em transplantes constam 8 especialidades. A média de permanência dos pacientes no hospital é de 7,29 dias, em algumas áreas esses dias se estendem de 10 a 22 dias em 261 salas de atendimento perfazendo uma média de 70% de ocupação.

Quanto ao ensino, apresenta como principais números a presença de 2.106 estagiários dos diversos setores da UFPR bem como de outras instituições de ensino. São 247 residentes distribuídos em 38 especialidades e níveis, concentrando 204 residentes nas residências 1 e 2. Na especialização conta com 178 alunos em oito cursos. Quanto ao mestrado, são cinco cursos com 143 alunos bem como quatro cursos de doutorado com 68 alunos. Contam como indicativos de pesquisa uma média de 30 projetos por mês encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa. Configuram os cursos de graduação do setor de Ciências da Saúde Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. São 3.576 funcionários com diversas formas de vínculos como MEC, Funpar, Terceirizados, e Cedidos. São 22 comissões espalhadas pelas áreas de ensino, pesquisa e assistência. Seis entidades e instituições constituem os mecanismos de entrada de recursos via doações.

Tais números consistem em expressões objetivas acerca da complexidade da referida organização. Dessa maneira o trabalho estabelece o estudo acerca dos fatores que condicionam as práticas de ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas da UFPR considerando também variáveis como agência, estrutura, princípios estruturais. Tais elementos de estruturação foram desenvolvidos e analisados a partir de um constructo histórico que contempla como marcos, os episódios internos e externos à organização num contexto espacio-temporalmente definido. Considera-se a história na teoria da estruturação como plana e lateral onde o tempo se conjuga no presente.

As estratégias de pesquisa para esse estudo de caso contemplam no primeiro momento a aplicação e análise de entrevistas abertas e semi-estruturadas, seguidas de análise documental e observação participante. A análise dos dados é reveladora na medida em que constitui de maneira detalhada e criteriosa os elementos de estruturação das práticas de ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas da UFPR apontando para a existência de três funções que teoricamente precisam ser simbióticas, porém se apresentam estruturalmente contraditórias.

1. 1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

- ❑ Quais são os fatores que condicionam as práticas de ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas no período entre 1961 e 2008?

1.1.1 Objetivo Geral

- ❑ Verificar os fatores que condicionaram as práticas de ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas – UFPR entre o período de 1961 e 2008.

1.1.2 Objetivos específicos

- ❑ Identificar as práticas de ensino, pesquisa e assistência nos diferentes momentos do percurso do Hospital de Clínicas do Paraná entre 1961 e 2008;
- ❑ Identificar os principais agentes relacionados às práticas de ensino, pesquisa e assistência do Hospital de Clínicas do Paraná entre 1961 e 2008;
- ❑ Identificar os princípios estruturais para as práticas de ensino, pesquisa e assistência estendidas no espaço-tempo do Hospital de Clínicas da UFPR entre 1961 e 2008;
- ❑ Identificar as estruturas para ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas da UFPR entre 1961 e 2008;

- ❑ Verificar as interações e relações sociais estabelecidas entre os agentes do Hospital de Clínicas – UFPR considerando os cursos do Setor de Ciências da Saúde
- ❑ Apresentar a historicidade das práticas de ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas da UFPR a partir de episódios;

1.2. JUSTIFICATIVA TEÓRICO-PRÁTICA

As razões teóricas para tal estudo são justificadas a partir da importância de análises que privilegiem os processos de estruturação nos estudos organizacionais, possibilitando análises que considerem a recursividade das interações entre agentes e estruturas. Esse estudo fornece aos estudos organizacionais contribuições na medida em que lida com os pressupostos da teoria da estruturação estabelecendo como mecanismo principal de apresentação de historicidade valorizando a lateralidade dos eventos, ou seja, o aqui e agora é percebido como portador do passado.

Dentre as contribuições teóricas constitui-se o desenvolvimento de um estudo estruturacionista que apresenta a viabilidade da análise documental como estratégia metodológica na medida em que os registros constituem-se em monumentos para a pesquisa, principalmente quando asseguram qualidade de contextualização. Contribui-se também com a constatação de que estudos estruturacionistas longitudinais apresentam limitações quando concentrados no garimpo da trajetória via memória de agentes. O trabalho apresenta diversas constatações dessa dificuldade especialmente quando captura inconsistências geradas pela distância espaço-temporal, pela dinâmica gerada a partir das interações.

Com relação à justificativa prática destaca-se a utilização do estudo para análise dos agentes no que tange a compreensão da estruturação das práticas de ensino, pesquisa e assistência. Destaca-se o fato desse estudo reconstituir episódios importantes às definições das estruturas vigentes. O estudo em um hospital universitário também constitui em fator de importância no que se refere a comparações de percurso e estruturação. Conforme apresentado no estudo muitas problemáticas enfrentadas pelos agentes do HC-UFPR se assemelham às de outros 44 hospitais universitários do Brasil.

2. BASE TEÓRICO-EMPÍRICA

A teoria da estruturação furta-se ao dualismo objetivismo e subjetivismo, considerando que a coerção estrutural não pode ser compreendida a partir da sociologia estrutural, tampouco a partir do individualismo metodológico. Para Giddens (1989) teoria da estruturação não será de muito valor se não ajudar a esclarecer problemas empíricos (1989, p. 24). Parte-se da idéia de que as teorias nas ciências sociais têm de ser de algum modo baseadas em idéias que (embora não formuladas em termos discursivos) já são sustentadas pelos agentes a quem se referem. Tal consideração remete ao envolvimento da ciência social, de maneira prática com a vida social.

Apresenta-se como questão epistemológica e ontológica o fato de os conceitos de ação, significado e subjetividade estarem de alguma maneira relacionados à estrutura e coerção. Parte daí a importância da noção de que as práticas estariam recursivamente ordenadas no espaço e no tempo em processos transitórios - de criação e recriação - derivados da capacidade reflexiva permitida pela cognoscitividade humana. Para Giddens (1989), uma ontologia de tempo-espaço como constitutiva de práticas sociais é básica para a concepção de estruturação – daí a noção de dualidade da estrutura.

2.1. Estrutura e Dualidade

Tendo em vista lidar com a tendência à fragmentação dualista da sociologia Giddens (1989) elabora uma síntese na medida em que se volta para a explanação indivíduo e estrutura a partir da noção de dualidade – pondo agente e estrutura em movimento recursivo. A **estrutura** consiste no conjunto de regras e recursos implicados, de modo recursivo, na reprodução social; as características institucionalizadas de sistemas sociais têm propriedades estruturais no sentido de que as relações estão regularizadas através do tempo e espaço. A estrutura pode ser conceituada abstratamente como dois aspectos de **regras**: elementos normativos e códigos de significação. Os **recursos** também são de duas espécies: recursos impositivos, que derivam da coordenação da atividade dos agentes humanos, e recursos alocativos, que procedem do controle de produtos materiais ou de aspectos do mundo material.

Ao analisar as relações sociais Giddens (1989) reconhece a padronização de relações sociais no tempo-espaço envolvendo a reprodução de práticas localizadas (sintagmática) bem como uma ordem virtual de modos de estruturação recursivamente implicados em tal reprodução (paradigmática). Sob esta ótica a estrutura refere-se às **propriedades** de estruturação que permitem a delimitação de tempo-espaço em sistemas sociais, às propriedades que possibilitam a existência de práticas sociais semelhantes por dimensões variáveis de tempo e de espaço, e lhes emprestam uma forma sistêmica (1989, p. 13). Então, sistemas sociais não têm estruturas, mas exibem propriedades estruturais. A estrutura existe enquanto presença espaço-temporal como traços mnéticos orientando a conduta de agentes humanos cognoscentes. Às propriedades estruturais implicadas na reprodução de totalidades sociais, Giddens (1989) denomina de **princípios** estruturais. As práticas que possuem maior extensão espaço-temporal dentro de tais totalidades são compreendidas enquanto **instituições**.

Archer (1995) utiliza a noção de propriedades emergentes (ontologicamente) enquanto propriedades estruturais sendo o resultado de ações anteriores e de condicionamento sistêmico, percebendo o tempo enquanto ponto central. Para a autora ação e estrutura são separadas e transformadas sucessiva e mutuamente, bem como realidades distintas – integração social e sistêmica.

“A estrutura como conjunto de regras e recursos recursivamente organizados, está fora do tempo e do espaço, exceto em suas exemplificações e coordenação como traços mnêmicos, e é marcada por uma ‘ausência do sujeito’. Os **sistemas sociais** que a estrutura está recursivamente implicada, pelo contrário, compreendem as atividades localizadas de agentes humanos, reproduzidos através do tempo e do espaço. Analisar a estruturação de sistemas sociais significa estudar os modos como tais sistemas, fundamentados nas atividades cognoscitivas dos atores localizados que se apóiam em regras e recursos na diversidade de contextos de ação, são produzidos e reproduzidos em interação.” (Giddens;1989, p. 20). As propriedades estruturais de sistemas sociais são, ao mesmo tempo, meio e fim das práticas que elas recursivamente organizam.

O momento de produção da ação consiste num momento de reprodução, mesmo nas mais radicais formas de mudança social. A estrutura depende do conhecimento dos indivíduos acerca do que fazem no cotidiano no nível da consciência discursiva, sob alguma forma de descrição. Desta maneira, a **dualidade** da estrutura é sempre base principal das continuidades na reprodução social através do tempo-espaço. Os esquemas interpretativos, por exemplo, são

modos de tipificação incorporados ao acumulado de conhecimento dos atores, aplicados reflexivamente na sustentação da comunicação. (Giddens, 1989).

Há que se salientar que a cognoscitividade humana é sempre limitada e que existem conseqüências que não constituem intenções dos atores formando condições não reconhecidas. Por outro lado, atores também procuram estrategicamente de maneira reflexiva regular as condições globais de reprodução do sistema, visando mantê-las ou alterá-las. Daí a importância da compreensão de dois conceitos: integração social e integração de sistema.

O termo integração implica reciprocidade de práticas entre atores ou coletividades. Sendo assim, **integração social** significa ‘sistemicidade’ no nível da interação face a face, ou seja, em situações de co-presença. A **integração de sistema** refere-se a conexões com aqueles que estão fisicamente ausentes no tempo ou no espaço.

As extremidades do tempo-espaço referem-se a interconexões, e a diferenciais de poder, encontrados entre distintos tipos sociais. As sociedades destacam-se porque princípios estruturais produzem aglomerados de instituições. Dessa maneira, é problemática tanto a extensão quanto o fechamento de sociedades no tempo e no espaço.

Em contraste com a concepção de Durkheim (1982) de que as propriedades estruturais da sociedade formam influências coercivas sobre a ação, Giddens (1989) baseia-se na proposição de que a estrutura é sempre tanto facilitadora quanto coerciva, em virtude da relação inerente entre estrutura e **agência** – agência e poder. Na teoria da estruturação, a estrutura é concebida como uma propriedade dos sistemas sociais (organizados hierárquica e lateralmente em totalidades sociais), contida em práticas reproduzidas e inseridas no tempo e no espaço. Não se trata da criação de sistemas sociais por parte de atores ou agentes, mas da sua ação em termos de reprodução ou transformação, refazendo o que já está feito na continuidade da práxis. O distanciamento tempo-espaço dos sistemas sociais, fixando instituições, fecha algumas possibilidades ao mesmo tempo em que abre outras.

Sobre o poder, não é meramente uma coerção, mas está na origem das capacidades dos agentes de realizar as ações pretendidas. É o meio de conseguir que as coisas sejam feitas, sendo tanto facilitador quanto coercivo. A coerção de uma pessoa é a facilitação de outra. Para Giddens (1989, p. 144-8) “a coerção estrutural é descrita como a fixação de limites à gama de opções a que um ator, ou pluralidade de atores, tem acesso numa dada circunstância ou tipo de circunstância (...) as coerções estruturais não operam independentemente dos motivos e razões dos agentes para o que fazem.”

Sobre o estendimento dos sistemas sociais ao longo do tempo-espço, Giddens (1989) aponta que os princípios estruturais consistem em princípios de organização que permitem formas consistentes de distanciamento tempo-espço com base em mecanismos definidos de integração social. Porém no sistema mundial contemporâneo, a ausência no espço não impede a coordenação de sistema.

Para compreensão da estrutura do estudo, é necessário esclarecer os seguintes termos:

a) **princípios estruturais**: princípios de organização de totalidades sociais. A identificação dos princípios estruturais e suas conjunturas em sistemas intersociais consiste no nível mais abrangente de análise institucional. Os princípios estruturais operam em contradição, funcionando em termos recíprocos e contraditórios fomentando processos de mudança social;

b) **estruturas**: conjuntos de regras e recursos envolvidos na articulação de sistemas sociais. O estudo das estruturas envolve o isolamento de distintos grupos de relações de transformação/mediação implícitos na designação de princípios estruturais, sendo formados pela mútua conversibilidade das regras e recursos envolvidos na reprodução social. Salienta-se que as estruturas podem ser analiticamente distinguidas dentro de três dimensões de estruturação: significação, legitimação e dominação; c) **propriedades estruturais**: características institucionalizadas dos sistemas sociais, estendendo-se ao longo do tempo e do espço. Salienta-se que não há um ponto definido de separação entre os três níveis e que a tradição é o veículo do tempo reversível que liga a *duré* da vida cotidiana à *long duré* das instituições (Giddens, 1989, p. 133-164).

2.2. História/ Historicidade e Mudança Social

A noção de *longe duré* abre margem para o conceito de **história** na teoria da estruturação - aqui é mais 'plana' do que linear. Penetra lateralmente no tempo, em vez de 'para trás'. Passado e presente são as mesmas coisas, só que prolongadas no período. Giddens (1989) apóia-se em Vico (1968) dentre outros, no que tange à inteligibilidade cíclica, ou história como processo. A historicidade consiste na temporalidade de práticas humanas, modelando e sendo modeladas por propriedades estruturais dentro das quais diversas formas de poder são incorporadas.

Considerando a não existência de uma unidade de evolução acessível nas ciências sociais dado o fato de a natureza reflexiva da vida social limitar explicações em termos de conjuntos simples de mecanismos causais, contata-se que não há fórmula unitária ou que

responda pelas principais transições. “A **história** é a estruturação de eventos no tempo e no espaço mediante a interação contínua de agência e estrutura, a interconexão da natureza mundana da vida diária com as formas institucionais que se estendem sobre imensos períodos de tempo e de espaço”. (Giddens, 1989, p. 293). Lidando com tais pressupostos, o autor oferece as noções de caracterização episódica e tempo mundial.

Um aspecto da vida social pode ser visto enquanto **episódio** como um certo número de atos ou eventos com um começo e fim especificáveis, envolvendo certa seqüência. O estudo a partir do **tempo mundial** enfatiza a influência de formas variáveis de sistema intersocial sobre as transições episódicas. Referindo-se ao tipo de mudança social envolvida num episódio, Giddens (1989) pretende indicar com que profundidade uma série de mudanças desintegra ou remodela um alinhamento existente de instituições e qual a amplitude atingida por tais mudanças.

Um conjunto de mudanças relativamente rápidas pode gerar um **momentum** de desenvolvimento de longo prazo, sendo possível se certas transformações institucionais forem realizadas inicialmente. Momentum refere-se à rapidez com que a mudança ocorre em relação a formas específicas de caracterização episódica, enquanto que **trajetória** diz respeito à direção da mudança. (Giddens, 1989, p. 200).

A importância da compreensão em torno dos conceitos de **poder** e mudança incide no fato de a existência do poder pressupor estruturas de dominação por meio das quais o poder flui em processos de reprodução social. Tais análises requerem a preocupação com questões acerca de como o poder é gerado. A posposta do autor sugere a relação da noção de distanciamento tempo-espaço com a teoria do poder. Explorando essa conexão desenvolvem-se algumas características da dominação como propriedade expansível dos sistemas sociais. Dessa maneira, o poder é gerado na (e através da) reprodução de estruturas de dominação.

Os **recursos** (alocativos e autoritários) constituem as estruturas de dominação. As regras não podem ser conceituadas separadamente dos recursos, os quais se referem aos modos pelos quais as relações transformadoras são realmente incorporadas à produção e reprodução de práticas sociais. Assim, as propriedades estruturais expressam formas de dominação e poder. As regras e recursos esboçados na produção e reprodução da ação social são, ao mesmo tempo, os meios de reprodução do sistema implicando na dualidade de estrutura. As regras têm papel na constituição de significado mantendo estreita conexão com sanções - procedimentos de ação e aspectos da *práxis*, fundados na interpretação codificada (Giddens, 1989, p. 13-7). As regras de importância para análises estruturacionistas são

concernentes à reprodução de práticas institucionalizadas, mais profundamente sedimentadas no tempo-espaço, assumindo características como intensa, tácita, informal e francamente sancionada.

A armazenagem de recursos autoritários e alocativos para Giddens(1989) pode ser entendida como envolvendo a retenção e o controle de informação ou conhecimento, de acordo com os quais as relações sociais são perpetuadas ao longo do tempo-espaço. Pressupõe meios de representação da informação, modos de recuperação ou recordação de informação e sua disseminação. A armazenagem de informação permite o distanciamento tempo-espaço bem como encadeamento de recursos em estruturas reproduzidas de dominação.

2.3. Monitoramento Reflexivo: Consciência Discursiva e Prática

As capacidades reflexivas do agente estão envolvidas de um modo contínuo, no fluxo da conduta cotidiana, nos contextos da atividade social, operando num nível discursivo. Ou seja, o que os agentes sabem acerca do que fazem e de porque o fazem – sua cognoscitividade como agentes. (Giddens, 1989, p. 8-9). Tal noção de consciência refere-se à **monitoração reflexiva** da conduta pelo agente articulada no discurso. A percepção depende da continuidade espacial e temporal organizada pelo agente. Daí a importância do entendimento acerca da memória, como constituição temporal da consciência e recordação de maneira a focalizá-las na continuidade da ação – modo de descrever a cognoscitividade dos agentes – diferente de conhecimento sensorial. Dessa maneira, a **consciência discursiva** implica nas formas da recordação que o ator é capaz de expressar verbalmente e a **consciência prática** envolve a recordação a que o agente tem acesso na *durée* da ação, sem ser capaz de expressar o que sabe (Gidens, 1989, p. 32-8).

Salienta-se que tais processos são mais sociais do que psicológicos. A segurança ontológica é mantida fundamentalmente pela previsibilidade da rotina bem como perturbada em situações críticas. O *self* aqui é a soma das formas de recordação por meio das quais o agente caracteriza reflexivamente “o que” está na origem de sua ação, estando relacionados ao corpo e à memória. O sentido de confiança na continuidade do tecido da ação social depende da relação estabelecida entre o agente e o seu contexto social. Para Giddens (1989, p. 52) fundamentando-se em Goffman (1972), as características sociais de co-presença estão

calcadas na espacialidade do corpo, em orientação para os outros e para o *self* experienciador. A importância é atribuída dado fato de as explorações das relações entre as consciências prática e discursiva nos contextos (faixas de tempo-espaço no âmbito das quais os encontros acontecem) de encontros – ênfase sobre a prevalência do tato em encontros sociais, reparação de tensões no tecido social e manutenção da confiança sugerindo a preocupação com a continuidade social bem como com os mecanismos de reprodução social.

De acordo com Giddens (1989), os encontros representam o fio condutor da interação social, sucessão de envolvimento com outros ordenados no âmbito do ciclo diário de atividade, ocorrendo enquanto rotinas mediadas pela fala (veículo de “ordem simples”) que propiciam a reprodução social e fixidez aparente das instituições no tempo e espaço. Daí a importância do conceito de **rotinização**, baseado na consciência prática, para a teoria da estruturação considerando que a rotina constitui a continuidade da personalidade do agente na medida em que percorre cotidianamente as instituições da sociedade que carecem de contínua reprodução. Descontinuidades intrínsecas a tal continuidade tendem a revestir-se de caráter rotinizado.

O ‘posicionamento’ (intimamente relacionado com a categorização da identidade social) dos agentes em circunstâncias de co-presença torna-se importante na medida em que se estuda a estruturação dos encontros em cursos espaço-temporais cotidianos considerando o distanciamento espaço-temporal das totalidades sociais e sistemas intersociais em termos de suas características de integração de sistema.

É no contexto dessa interseção, dentro de **práticas** institucionalizadas, que são apreendidos os modos de posicionamento espaço-temporal, em relação à dualidade da estrutura. As características regulares ou rotineiras de encontros representam características institucionalizadas de sistemas sociais. Porém não constituem formas repetitivas de comportamento executadas sem pensar. Pelo contrário são continuamente trabalhadas por aqueles que a alimentam em sua conduta cotidiana. A preocupação manifesta na teoria da estruturação é com o fornecimento da ordenação das atividades e significados por meio dos quais a segurança ontológica é mantida nas rotinas diárias, não devendo ser considerada enquanto teoria da estabilidade social.

A natureza repetitiva das atividades empreendidas regularmente é a base material do caráter **recursivo** da vida social, designando a recriação constante das propriedades estruturais, via dualidade de estrutura, a partir dos próprios recursos que a constituem. A

rotinização é fundamental para os mecanismos psicológicos, por meio dos quais um senso de confiança ou de segurança ontológica é sustentado nas atividades sociais. (p. 9). A suposta ordem – reprodução regular não deixa de ser uma realização contingente às interações sociais, sob a ótica intencional ou não intencional.

É importante destacar a separação dos conceitos de ‘interação’ e ‘relação’ social. A interação social refere-se a encontros, anteriormente caracterizados, entre os indivíduos em situação de co-presença. A relação social é referida como um nível dos elementos básicos por meio dos quais as instituições dos sistemas sociais são articuladas.

“As relações sociais estão envolvidas na estruturação da interação, mas também constituem os principais elementos na edificação, em torno dos quais as instituições se articulam em integração com o sistema. A **interação** depende do ‘posicionamento’ dos indivíduos nos contextos espaço-temporais de atividade. As **relações** sociais dizem respeito ao ‘posicionamento’ dos indivíduos dentro de um ‘espaço social’ de categorias e vínculos simbólicos” (Giddens, 1989, p. 71).

Giddens (1989) aponta três tipos de circunstância que tendem a influenciar o nível e a natureza do envolvimento dos atores sociais nas condições de reprodução dos sistemas: a) os meios de acesso dos atores ao conhecimento, em virtude da sua localização social; b) os modos de articulação do conhecimento; c) as circunstâncias referentes à validade das afirmações de crença interpretadas como ‘conhecimento’; d) os fatores relacionados com os meios de disseminação do conhecimento disponível.

Convém destacar que a noção de papel – amplamente reconhecido na obra de Parsons (1971) é diferente da noção de posicionamento. A noção de papel só possui precisão conceitual na medida em que é aplicado em contextos de interação social que apresentam formulações com relativa clareza no que tange aos direitos e obrigações normativos associados a uma identidade específica (Giddens, 1989, p. 68).

2.4. Agência

Ser agente para Giddens (1989, p. 10) implica em atuar de outro modo, ser capaz de intervir no mundo, ou abster-se de tal intervenção, com o efeito de influenciar um processo ou estado específico de coisas. Tal concepção não dissolve uma ação em condições de coerção social ou de ‘não ter escolha’. A partir de um significado mais abrangente de poder sendo anterior à subjetividade e à monitoração reflexiva da conduta. O poder aqui não é caracterizado como tipos de conduta, mas toda a ação, não sendo em si mesmo um recurso. Este é veículo por meio dos quais o poder é exercido. Na seqüência são expostos alguns conceitos relacionados à agência.

Quadro 1 - Conceitos de Agência e Agente

AUTORES	CONCEITOS PARA AGÊNCIA E AGENTE
Emirbayer e Mische	Capacidade de o ser humano dar forma às circunstâncias em que vive
Lukes	Um agente livre é capaz de fazer escolhas racionais para seu <i>self</i> e para a sociedade
Coleman (<i>apud</i> Sewell)	A ação é sempre um fenômeno social e interativo complexo. Considera-se a dimensão temporal-relacional da agência.
Joas	Uma concepção da criatividade situacionalmente encaixada da ação é essencial
Sewell	Ser agente significa ser capaz de exercer algum grau de controle sobre as relações sociais em que se está imerso, implica na capacidade de transformar aquelas relações sociais em algum grau. Agentes são <i>empowered</i> a agir com e contra outros por meio de estruturas: eles têm conhecimento dos esquemas que informam a vida social e tem acesso a recursos humanos e não humanos e os aplicam.
Goffmann	A transposição dos esquemas e remobilização dos recursos que constituem a agência são sempre atos de comunicação com outros. Isso

	depende profundamente das suas posições em organizações coletivas. A agência é exercida por pessoas, é coletiva tanto em termos de suas fontes e seu modo de exercício. As formas específicas que a agência terá conseqüentemente variam e são culturalmente e historicamente determinadas, mas a capacidade para agência é dada aos humanos como a capacidade para a respiração.
Jones e Butler	A agência é percebida a partir do empreendedorismo: processo em que as firmas visualizam oportunidades e agem por meio de transações criativas entre os fatores de produção para criar valor.
Meyer e Jepperson	Indivíduos e sociedades juntos são vistos como centros autorizados e fontes de toda a ação social. A capacidade construída para a agência responsável é a essência do <i>actorhood</i> moderno. Quanto mais próximos dos princípios estruturais mais poder, mais capacidade agêntica e menos transformação.
Giddens	Ser capaz de atuar de outro modo. Ser capaz de intervir no mundo, ou abster-se de tal intervenção, com o efeito de influenciar um processo ou estado específico de coisas. Criar uma diferença.
Machado-da-Silva; Fonseca; Crubellate	Capacidade de interferir em eventos, não necessariamente de modo intencional.

Em sistemas sociais que desfrutam de certa continuidade no tempo e no espaço pressupõe-se relações regularizadas de autonomia e dependência entre atores ou coletividades em contextos de interação social. Expressões como reprodução social, recursividade entre outras, indicam o caráter repetitivo da vida cotidiana. O tempo reversível das instituições é condição e resultados das práticas do cotidiano, constituindo na principal forma substantiva da dualidade da estrutura (Giddens, 1989). A sistemidade é garantida através da rotineira monitoração reflexiva da conduta, fixada na consciência prática.

2.5. Tempo, Espaço e Regionalização

De acordo com Hägerstrand (1970) os agentes são seres dotados de mobilidade, são também intencionais e com propósitos ou projetos. O volume de tempo-espço disponível para um indivíduo é um prisma delimitando a prossecução de tais projetos dentro de tempo e espaço relativamente restritos. Hägerstrand (1970) procura utilizar a noção de tempo-geografia para compreender o “impacto do dia normal da pessoa comum” sobre a organização total de sistemas sociais. Giddens (1989, p. 88-96), com o objetivo de suprir explicações em torno da origem e natureza de tais projetos lida com o conceito de presença - mutualidade de presença e ausência – em termos de sua espacialidade e temporalidade referindo-se aos conceitos de local (uso de espaço a fim de fornecer os cenários da interação, essenciais para especificar sua contextualidade) e de acessibilidade da presença envolvidos nas relações entre integração social e integração sistêmica. A escolha do termo local em vez de lugar, deve-se ao fato de que as propriedades dos cenários são empregadas de modo crônico por agentes na constituição de encontros através do espaço e do tempo, sendo utilizadas rotineiramente na constituição de conteúdos significativos da interação. Dessa maneira, o contexto relaciona os componentes da interação às propriedades amplas da institucionalização da vida social.

A **regionalização** refere-se ao zoneamento de tempo-espço em relação às práticas sociais rotinizadas, sendo as formas de regionalização a delimitação das fronteiras físicas e simbólicas que separam as regiões. De qualquer maneira, toda a vida social ocorre e é constituída por interseções de presença e ausência no ‘escoamento’ do tempo e na ‘transformação gradual’ do espaço conferindo à vida social um caráter serial. (Giddens, 1989, 97-110).

2.6. Micro e Macro: Integração Social e Integração de Sistemas

Reforça-se a compreensão no que se refere ao modo como a interação em contextos de co-presença está estruturalmente implicada em sistemas de ampla distanciação de tempo-espço, ou seja, ao modo como tais sistemas abrangem grandes setores espaço-temporais. Sobre tais conceitos, Collins (1981) afirma que a realidade social é ‘micro-experiência’ –

agregações temporais e espaciais dessa experiência que constituem o nível macro-sociológico de análise, sendo as qualidades estruturais de sistemas sociais os resultados da conduta em micro-situações, na medida em que dependem de número, tempo e espaço.

Para Giddens (1989) é inadequado tratar tempo e espaço enquanto variáveis, bem como relevar para o estudo da estrutura somente questões macro-sociológicas defendendo que a atividade em micro-contextos tem propriedades estruturais fortemente definidas. “Em conjunto com a transformação do tempo, a co-modificação do espaço estabelece um ‘meio ambiente criado’ de caráter muito distinto, expressando novas formas de articulação institucional. Essas novas formas de ordem institucional alteram as condições da integração social e sistêmica e mudam, portanto, a natureza das conexões entre o próximo e o remoto no tempo e no espaço” (Giddens, 1989, p. 117).

De acordo com Domingues (2004, p. 69)

“um aspecto suplementar do espaço-tempo emerge na vida social: o conceito da dimensão social espaço-temporal dá conta da extensão e ritmos de desdobramento – mudança e reprodução e interação. Em que medida os sistemas sociais são demarcados e capacitados para coordenação e intencionalidade é variável assim como contingente de acordo com cada situação na qual se imbricam.

Para Giddens (1989), a conexão entre a integração social e de sistema pode ser traçada na análise dos modos de regionalização que canalizam, e são canalizadas por percursos tempo-espaço adotados pelos membros de uma comunidade ou sociedade em suas atividades cotidianas. Esses percursos são influenciados por parâmetros institucionais básicos dos sistemas sociais em que estão implicados, bem como pela capacidade de fazer uso de recursos que possam permitir seu estendimento dentro de uma constituição de múltiplas redes de poder que se sobrepõem e se intersectam.

Para White (1992), sistemas sociais são como redes de indivíduos que produzem o espaço social, que passa por mudanças de acordo com as redes que os compõem; perdendo ou agregando redes interativas em sua constituição, com variados graus de interação com outros sistemas. Permanência e mudança derivam tanto de operações internas dos sistemas sociais quanto de influências externas. Para Giddens (1981) os sistemas sociais costuram o tempo e o espaço mediante o poder, propondo três níveis: a) temporalidade da experiência imediata na vida cotidiana; b) temporalidade do ciclo de vida; c) e a duração das práticas sociais – práticas

regularizadas. Dá a importância de se compreender a interpenetração de presença e ausência, os movimentos dos atores através do tempo e do espaço em processos de presentificação e ausentificação.

2.7. Explicações endógenas à permanência e mudança

Conforme indicado anteriormente, tanto a mudança como a permanência derivam de operações/ações internas e externas aos sistemas sociais. As argumentações acerca da ação pautada em operações endógenas lidam com versões nem individualistas nem estruturalistas. Para tanto, aspectos morais e simbólicos para a ação e criação de significado têm a cultura como uma das fontes de recursos para a criação de sentido para a ação.

Estudos sociológicos sobre cultura têm sido pautados pelo enfoque em fronteiras causais estruturais e limites institucionais, presumindo explicar cultura a partir de fatores extra-culturais como a estrutura social (DiMaggio, 2000).

Por outro lado, Kaufman (2004) oferece explicações endógenas buscando processos que internos a cultura tais como: iteração, modulação e diferenciação. Tais processos envolvem a criação de significado, construção de redes e manipulação semiótica. Nessa perspectiva, linguagem, pensamento, não apenas delineiam os significados atribuídos a coisas materiais e a relações humanas (Sewell, 1992) bem como as mudanças culturais podem ocorrer independentemente de estruturas sociais, tecnológicas ou materiais. Sob esta ótica há necessidade de serem exploradas dimensões psico-semânticas da percepção, emoção e criação de significados acerca de indivíduos socialmente situados; e uma das questões envolvidas nesse tipo de estudo trata de questões acerca de como atores sociais ‘utilizam’ a cultura para construir significado. Kaufman (2004) denomina tais estudos de “pós-hermenêuticos”, abarcando noções da psico-história ou esquemas emocionais de atores.

Tal argumentação é sustentada em Sewell (1992) considerando que a nova sociologia interpretativa cultural tem se reconciliado com o fato de que se não há um único e unificado conjunto de significados para símbolos culturais, então a interpretação de tais símbolos pode ser igualmente variada. Dessa maneira há que se investigar o que sustenta e transforma tais constructos.

A partir de Swidler (1986) Kaufman (2004) aponta para a frágil articulação entre a ação e o significado. Para a autora indivíduos normalmente contam com valores culturais como guias para ação na medida em que tais valores – repertórios utilizados para fazer sentido a pensamentos e ações - ofereçam base lógica para determinados fins. A cultura, dessa maneira é também difusa, inconsistente e obscura. Pode-se reconhecer a significância dos valores para a ação, não enquanto determinantes dos fins, mas como instrumento de sintonia da ação dentro de estratégias estabelecidas de vida.

A dimensão **moral** é percebida nas articulações dos autores – a noção fundamental é de que as pessoas desenvolvem linhas de ação baseadas em “quem pensar ser” e que grande parte da cultura é processada pela busca de sentido do *self*. Alexander e Smith (1993) já ofereciam críticas acerca de explicações exógenas a processos culturais, elaborando críticas a Bourdieu por atribuir força explanatória das estruturas sociais sobre a ação mediante o conceito de *habitus*.

Nessa perspectiva, a cultura é como um sistema binário de símbolos que constituem discursos sociais e que norteiam a ação e interpretação. Pois o significado é produzido por um jogo interno daqueles que o constróem. Empreende-se uma análise estrutural de códigos morais ou um conjunto de elementos culturais que definem a natureza do comprometimento com uma ação. Tais elementos têm uma estrutura simbólica identificável. Para tanto defende-se um estilo lingüístico de análise que enfoque relações entre símbolos, positivos ou negativos. Wuthnow (1987) por exemplo, apresenta a importância da escola psico-biográfica para o estudo da cultura como uma das fontes de criação de significado, não enquanto vetor de significado em si.

Ainda nessa perspectiva, Archer (1988), adota a noção de oposições binárias: todas as culturas orbitam em torno de distinções “um ou outro”, que fornecem parâmetros básicos para uma ação compreensível. Lamont (1987) também argumenta que distinções culturais dicotômicas partem de observações de relação entre o “nós” versus “eles” – o que tem contribuído para manutenção de desigualdades. A autora atenta para a recomposição da sociologia cultura em torno da noção de fronteiras simbólicas ou repertórios de avaliação moral. Somers (1995), define a cultura como um sistema simbólico intersubjetivo e redes de esquemas dirigidos por significados organizados por regras internas próprias e estruturas que estão frouxamente ligadas a padrões de relação. A autora utiliza o termo *knowledge culture* referindo-se àqueles esquemas culturais que atingiram um estado de segurança epistemológica ou *taken-for-grantedness* na sociedade bem como *longue dureé* em Giddens

(1991). Processos endógenos de distinção qualitativa propiciam a auto-preservação de ciclos de mudança cultural através do tempo. (Abbott, 2001)

Meyer (1999) aponta um conceito de cultura aproximado. Define sua abordagem de cultura menos como um conjunto de valores e normas, e mais como um conjunto de modelos cognitivos que definem a natureza, propósito, recursos, tecnologias, controles e soberania do estado-nação. (em estudo sobre o desenvolvimento nacional, político, e social nos diversos locais do mundo). Tais modelos cognitivos são responsáveis por mudanças difundidas nas estruturas de organizações governamentais, não governamentais e instituições científicas. Nota-se a preocupação com a descoberta e decodificação de oposições simbólicas que direcionam a cognição, expressão e memória.

Liebersohn e Lynn (2002) apontam que para explorar o papel dos mecanismos internos de mudanças na cultura é necessário concentrar-se mais pela forma do que pelo conteúdo, considerando a importância de se situar fenômenos no tempo e espaço. Para tanto os autores exploram o conceito de “*carrying capacity*” dos ambientes sócio-culturais. O autor sugere que os processos culturais são mais um processo de variação do que revolução. Uma das principais dificuldades para essa perspectiva está relacionada à definição e à operacionalização de “*carrying capacity*” de arenas públicas de discurso. De encontro com Bourdieu (1984) os autores lidam mais com a diferenciação cultural do que com fontes socio-estruturais de competição – campos culturais como arenas de luta entre grupos com acessos desiguais a necessidades materiais.

Para Collins (1998), por exemplo, a estrutura do mundo intelectual permite apenas um limitado número de posições que recebem atenção num período de tempo. Haveria um número reduzido de espaços a serem ocupados. Uma das maneiras de maximizar oportunidades seria a apresentação de oposição a paradigmas prevaletentes. Dessa maneira, oportunidades para um lugar favorável dentro de sistemas culturais são limitadas pelo tempo e amplitude de atenção dos atores envolvidos promovendo clusters sociais bi-modais. A localização social (status ou prestígio) nesses campos é influenciada por relações de rede a outros atores proeminentes na rede. O processo de diferenciação do campo tende a ser iterativo, gerando tendências de longo prazo dentro das quais dicotomias emergem gerando estruturas sociais semelhantes ou diferenciação fractal através do tempo.

2.8. Interação: uma atividade dos sistemas sociais

Para Lichterman e Eliasoph (2003) a cultura compreende a um conjunto de códigos ou repertórios públicos compartilhados estruturando a habilidade dos atores para pensar e compartilhar idéias. Uma sociedade coletivamente sustenta sistemas simbólicos. Essas representações coletivas são polissêmicas – o mesmo símbolo ou representação coletiva pode ser sustentado sobre diferentes significados em diferentes contextos. (Swidler, 2001). De acordo com Ricoeur (1974), atores contam com símbolos para atribuir sentido às experiências ao mesmo tempo em que interpretam os símbolos que utilizam.

Dessa maneira uma das questões sociológicas a serem investigadas consiste em conceituar como as pessoas utilizam as representações coletivas para atribuir significado de maneira coletiva. Lichterman e Eliasoph (2003) ampliam explicações a partir do interacionismo simbólico, sociologia cognitiva, e filosofia pragmática. Para os autores, atores sempre atribuem significados em ambientes sociais específicos – pequenos ou amplos, face-a-face ou virtuais – atribuindo significados mutuamente como percebem o outro nas interações. O conceito de “*group style*” é decorrente dessa perspectiva sendo caracterizado a partir de padrões recorrentes de interação que resultam de hipóteses, preceitos compartilhados sobre o que constitui uma boa ou adequada participação em determinado grupo. *Group styles*, como representações coletivas são elementos de cultura, são padronizados e relativamente duráveis. (Hall, 1995).

Para Goffman (1959) estilos de grupo são padronizados e os participantes podem reconhecer esses padrões. A apresentação do *self* varia dependendo do contexto. Para DiMaggio (1997) na medida em que o ator entra em um grupo tenta corresponder ao estilo que está em jogo. Se o esquema é amplamente compartilhado, contínuo e significativo, então tem-se elementos de cultura. Daí a relação entre a psicologia cognitiva e sociologia cultural.

Lichterman e Eliasoph (2003) oferecem mecanismos para a operacionalização dos *group styles* considerando em que cada dimensão consiste num padrão observável de compreensões implícitas ou participação no grupo.

- Fronteiras do grupo colocam em prática conjecturas do grupo sobre as relações do grupo imaginadas e reais em um dado contexto. Essa dimensão está associada a estudos de identidade social e fronteiras simbólicas. Estudos nesse sentido

apontam que atores trazem consigo imagens de como seu grupo se relaciona e se distingue de outros grupos (Lamont, 1997)

- Laços do grupo concernem às mútuas responsabilidades no contexto do grupo. Paralelo ao neoinstitucionalismo, infere-se que diferentes instituições ou grupos definem obrigações e conexões entre os membros diferentemente. Mesmo em organizações similarmente estruturadas pode-se atribuir diferentes significados a diferentes relações do grupo.
- Discurso de normas relativas ao que é apropriado no contexto de fala do grupo. Está relacionada ao interacionismo simbólico, antropologia lingüística etnografia da comunicação e campos relacionados que analisam como grupos sustentam estilos de fala. Implica na avaliação acerca “do quê” atos de fala significam para o grupo.

As três dimensões são resultado de uma construção indutiva de categorias e não devem ser reificadas. Apenas servem para localização e registro de padrões de interação e criação de significado: cultura em interação (*culture in interaction*). Para os autores o discurso identifica o ato, a cena, o agente, os recursos da agência, e o propósito da ação. Há que se observar, além disso, como os grupos coordenam a si mesmos, não apenas como indivíduos ou textos concebem a ação. Emirbayer (1996) identifica três contextos da ação: sócio-psicológico, sócio-estrutural e cultural.

Análises acerca da linguagem, vocabulário e instrumentos são importantes na medida em que atores explicam as ações (Hays 1994) (consciência discursiva, Giddens). Bellah et al. (1985), por exemplo, descrevem diferentes ‘linguagens’ da moral americana não como conjunto de valores e crenças estáticos; mas oscilantes e contraditórios. Pessoas podem também utilizar tais repertórios ou ferramentas de maneira pragmática. Para Lichterman e Eliasoph (2003), existem códigos binários que não são lineares, também não implicam em concordância por parte dos atores, mas pensam com tais códigos de maneira criativa, formulando argumentos particulares. Diferentes constructos propiciam diferentes estilos de grupo que podem resultar em diferentes significados para os mesmos códigos. Porém os autores declaram que não há posições neutras, considerando que a comunicação sempre ocorre em algum contexto, mesmo virtual. A questão inerente a tais argumentos não está relacionada à existência de algum código ou linguagem dominante; mas como os grupos

filtram a linguagem e os códigos em contextos particulares. Para tanto, são sugeridos estudos que utilizem a lógica *Grounded Theory* (Glaser e Strauss, 2002).

Irvine (1979) afirma que parte do que constitui um grupo se dá precisamente pela distinção de falas formais e informais; parte do que constitui um grupo acontece no palco e nos bastidores. Para Bourdieu e Wacquant (1992) cada interação contribui para a reprodução de desigualdades sociais. *Habitus*, prática, e campo relacionam impressões, gostos e hábitos individuais a estrutura social. Os autores não atribuem importância às interações estabelecidas nos grupos bem como às representações coletivas.

Hochschild (1979) indaga acerca de como forças estruturais, como desigualdades de classe e gênero delineiam interações. Por conseguinte, relaciona interações cotidianas à estrutura social; aponta que regras morais implícitas são compartilhadas e atribuem valência moral às emoções. Para Bourdieu (1984) interações cotidianas de agentes em diferentes posições *enact* diferentes práticas desenvolvidas por diferentes montantes de capital. As interações cotidianas de agentes reproduzem desigual distribuição de capital ou estruturas sociais desiguais. Para o estudo da prática é necessário identificar os esquemas de ação *taken-for-granted*, os quais atores transferem de um grupo a outro. A noção de prática conecta o indivíduo a posição sócio-estrutural. Nota-se em Bourdieu (1984) preocupações mais associadas a poder e política e menos sobre como agentes se comunicam nos grupos, ou com os padrões de interação – representações coletivas e estilos de grupo (dimensões culturais).

O neoinstitucionalismo enfatiza a persistência, durabilidade e poder de compreensões *taken-for-granted*, enfatizando regras e modelos de larga escala (DiMaggio e Powell, 1991). O conceito de *group style* enfatiza rotinas interacionais (co-presença) compreendendo níveis micro-sociológicos recorrentes em outras instâncias e grupos.

Para Stevens (1996) as redes de relações são também relações morais, considerando que os grupos definem responsabilidades entre os membros. Um estudo de cultura a partir da interação correlaciona rotinas interacionais a escalas mais amplas, e padrões duradouros de cultura nos grupos. Atores sempre atribuem significado em contextos específicos; estilos de interpretação são desenvolvidos como parte de um nível mais amplo, o que poderia auxiliar na compreensão interacionista acerca de como esses estilos de interação podem ter historicidade. Consiste em análise microscópica a partir da questão sobre como a uniformidade é exaurida na interação cotidiana.

2.9. Estrutura Cognitiva

DiMaggio (1997) aponta convergências entre a sociologia e a psicologia cultural no campo da identidade, memória coletiva classificação social e lógicas de ação e estruturação. Não se trata da ‘psicologização’ da cultura, mas de estabelecer fundamentos para uma visão da cultura perpassada pela interação de estruturas cognitivas compartilhadas e fenômenos supra-individuais que ativam estas estruturas em vários graus. Uma vez reconhecido o fato de que atores utilizam a cultura estrategicamente; as culturas dentro das quais os atores são socializados abrem a oportunidade para escolha e variação. Dessa maneira diferentes estruturas culturais ou compreensões podem estar situacionalmente sugeridas.

A utilização da psicologia para sociólogos da cultura, de acordo com DiMaggio (1997) é atribuída ao fato da demonstração de existência de estruturas mentais para compreender processos e recuperar informações, bem como encontrar meios para elaborar inferências sobre estas estruturas a partir de noções como de esquemas, categorias, modelos mentais entre outros processos cognitivos (Rogoff e Chavajav, 1995). Os estudos cognitivos recentes têm reforçado a visão da cultura como “ferramenta” em oposição à “variável latente”. (DiMaggio, 1997). Para o autor uma importante questão incide em como os atores organizam a informação que possuem.

A noção de esquema é central, em especial em termos metodológicos, pois consiste em unidade básica de análise para o estudo da cultura. Para DiMaggio (1997) esquemas consistem em representações do conhecimento e mecanismos de interpretação; enquanto representação compreendem imagens de objetos e relações entre estes. Quanto aos esquemas consistem em mecanismos que simplificam a cognição. Cognições altamente esquemáticas e amplamente compartilhadas estão no campo da cultura institucionalizada, da tipificação, do habitus, que promovem eficiência à custa de acurácia sinóptica (Berger e Luckman, 1967). Há que se ressaltar que nem todos os esquemas são estruturais nos mesmos níveis. Na cognição esquemática podem ser encontrados os mecanismos pelos quais a cultura delinea e influencia a reflexão.

DiMaggio (1997) aponta alguns enunciados à sociologia cognitiva:

- as pessoas estão mais propensas a perceber informações que estão mais próximas dos esquemas existentes.

- pessoas evocam, repetem sistematicamente informacoes *embedded* de maneira mais rápida e acurada;
- pessoas podem falsamente evocar esquematicamente eventos que não ocorreram.

O autor aponta para o fato de as estruturas mentais proverem micro-fundamentos para a sociologia das instituições e eficácia da agência. Em contraste com versões mais **automáticas** (consciência prática) para a cognição, nota-se uma preocupação com aquilo que é explicitado, verbalizado, lento/tardio **deliberativo** (consciência deliberativa) (D'Andrade, 1995). Parte-se da noção de que atores suficientemente motivados podem se sobrepor a modos programados e pensar criticamente e reflexivamente. Buscando respostas à pressuposição de que atores agiriam constantemente de maneira deliberada, DiMaggio (1997) oferece três argumentos de estudos psicológicos paralelos ao estudo sociológico: a) atenção – a ação deliberativa está associada à atenção para um problema; b) motivação pela não satisfação com o *status quo* ou com a saliência moral de determinada abordagem; c) falha/deficiência ou inadequação do esquema existente.

DiMaggio (1997) sugere que a cultura lida com a interação de três formas. Primeiro tem-se informação, distribuída entre as pessoas (Carley, 1991). Segundo tem-se estruturas mentais, especialmente representações esquemáticas de fenômenos sociais complexos que delineiam os mecanismos de interpretação, lembrança, e correspondem à informação que defrontada e possuída. E finalmente, a cultura é inerente a interação entre informação, esquemas e universo simbólico. Atores se apropriam de diversos esquemas através de suas vidas; algumas são inconsistentes em termos de conteúdo e implicações para o comportamento. Resta saber como os atores invocam um dentre tantos esquemas (ativados a partir de conversas, família, mídia, ou observação) disponíveis para uma dada situação.

DiMaggio (1997) aponta algumas aplicações de aspectos cognitivos da sociologia da cultura, tais como identidade, memória coletiva, classificação social, lógicas da ação e estruturação. Na sociologia da cultura, a **identidade** tem sido um dos campos mais ativos de pesquisa na sociologia da cultura, a partir da verificação de identidades coletiva e os aspectos da constituição da identidade dos indivíduos. A **memória coletiva** seria o resultado dos processos que afetam respectivamente, a informação que os atores têm acesso, os esquemas pelos quais as pessoas compreendem o passado e os símbolos externos ou mensagens que primam estes esquemas. Pesquisas nesse campo também lidam com temas

supra-individuais e individuais. Concernente a **classificação social**, o uso de esquemas categóricos tem emergido. A análise de *discourse roles*, que utiliza análises de equivalência estrutural para identificação de classificações, por exemplo, tem ganhado destaque. (Morh, 1994). Quanto às **lógicas da ação**, referem-se a um conjunto interdependente de representações que habilitam/constrangem a ação em um determinado domínio. No trabalho de Friedland e Alford (1991, p.148) é definida a lógica institucional como um conjunto de práticas materiais e construções simbólicas que constituem ordens institucionais de princípios organizadores. Tais lógicas são “simbolicamente compostas, organizacionalmente estruturadas, politicamente definidas e técnica e materialmente definidas. Para DiMaggio (1997, p. 277) a noção de lógica é vastamente utilizada. Primeiro, propõe que rituais externos interagem com estruturas mentais internas para gerar comportamentos regulares. Segundo, é consistente com a visão de que cultura é fragmentada entre elementos potencialmente inconsistentes, sem render a noção de coerência limitada que a temática dos clusters de rituais e esquemas providencia acerca das instituições. Providencia um vocabulário para discussão de conflitos culturais como a confrontação entre lógicas de ação inconsistentes.

Há uma década, DiMaggio (1997) anunciava como prioridade para pesquisadores de cultura e cognição o desenvolvimento de modelos de tematização – meios pelos quais diversos esquemas agrupam-se a constructos mais gerais e sociológicos tais como pensamento, estilos, histórias, paradigmas e ideologias, além de temas que incidem sobre a mudança cultural integrando as noções cultural e cognitiva numa perspectiva macro-sociológica. Para o autor a cultura atravessa pela vida cotidiana a partir da interação de pontos ambientais e de estruturas mentais: mudanças radicais aconteceriam apenas em casos de mudanças de um domínio para outro. No micronível a melhor compreensão desses processos se dá pela verificação da linguagem, mudanças de contexto, conversações que alavancam mudança na linguagem ou dialeto. No nível macro, o desafio é criar modelos que relacionam mudanças ambientais a padrões de mudança/oscilação.

Os trabalhos da sociologia histórica da cultura oferecem algumas direções. A macro-teoria de Wuthnow (1989) acerca da mudança ideológica enfatiza a importância dos efeitos culturais sobre as oportunidades para novas crenças pode ser útil se transposta a microníveis.

DiMaggio (1997, p. 281-2) propõe implicações para a interpretação da cultura enquanto uma rede de esquemas inter-relacionados; como uma corrente que cria

órbitas/trajetórias onde inovação e generalização ocorrem - como essas ligações são desenvolvidas?. O autor defende uma perspectiva que privilegie **esquemas** e **constructos** enquanto unidades de análise, prestando atenção a mecanismos pelos quais ambientes físicos, sociais e culturais ativam de maneira diferenciada tais esquemas. Dentre todos os elementos apontados, o autor sugere o enfoque sobre a relação de fenômenos cognitivos e simbólicos a estruturas sociais reconhecidas como redes sociais. Parte-se da idéia de que estruturas sociais existem simultaneamente através de representações mentais e em relações sociais concretas. As **redes** são ambientes cruciais para a ativação de esquemas, lógicas e estruturas (Emirbayer e Goodwin, 1994). Tal compreensão requer a integração de níveis de análise (micro e macro) bem como das perspectivas cognitiva e material.

2.9.1. Dinâmica Social: fundações cognitivas

Partindo do pressuposto de que esquemas de aquisição e representação são possíveis a partir do modelo cognitivo Carley (1989) admite ser possível produzir um modelo para a dinâmica social que pode ser utilizado e explicado não por comportamentos específicos, mas por mudanças em tais comportamentos através do tempo ao apresentar o constructuralismo como teoria/metodologia.

Para Carley (1989) a sociologia pode auxiliada pela ciência cognitiva dado ao fato desta oferecer um novo conjunto de ferramentas analíticas bem como desenvolve modelos para a cognição individual os quais teriam condições de explicar uma grande variedade de fenômenos sociais. Tal observação deriva da constatação de que as explicações acerca da relação entre estrutura e processos sociais carecem de procedimentos que relacionem o mundo cognitivo dos atores e as estruturas via interação social num *continuum* que prevê mudanças.

No constructuralismo lida-se com a co-construção do mundo cognitivo individual e social via predições acerca dos processos de desenvolvimento de papéis e dinâmicas sociais que permitem explorar esquemas de representação e aquisição de conhecimento e procedimentos de controle que permitem diferenciação entre situações e o desenvolvimento de múltiplos papéis. (conexões com a teoria da estruturação). Essa abordagem pode ainda ser utilizada para a explicação de fenômenos complexos como os procedimentos educacionais efetivos; desenvolvimento de conhecimento compartilhado; comportamentos

idênticos entre membros de uma sociedade; formação de *cliques*; desobediência civil e difusão de informações inovadoras. (Carley, 1986).

A base para o constructuralismo incide no pressuposto de que os mundos cognitivos individuais e sociais co-desenvolvem a partir da ação, tarefas, interação e aquisição de informações. O mundo social é uma reflexão do mundo cognitivo individual. Para Carley (1989) o mundo social é observável apenas como padrão de comportamentos individuais que persistem na estrutura individual cognitiva; esta podendo ser dividida em três componentes – conhecimento geral, propensão à interação, e linguagem. Nesse caso, três componentes podem ser observados: conhecimento social, estrutura de interação social, e linguagem social. A mudança social é um artefato das mudanças nas estruturas cognitivas individuais. Dessa maneira, para Carley (1989), os princípios que regem o desenvolvimento implícito, condicionam o desenvolvimento social.

Para Carley (1989, p. 175), dois indivíduos *i* e *j* têm estruturas cognitivas semelhantes – conhecimento geral, propensão à interação e linguagem. Os valores específicos para estes indivíduos são diferentes. Ambas, a propensão para interação e a linguagem são derivadas do conhecimento geral. Na base do mundo social são apresentados os três componentes que correspondem a componentes cognitivos individuais: conhecimento social, estrutura de interação social e a linguagem social. O conhecimento individual é base para o conhecimento coletivo, social; a linguagem social é uma função da linguagem individual. As bases do conhecimento individual condicionam a propensão individual para a interação; a estrutura de interação social é a estrutura de interação observada; uma função de padrões de interação que emergem através do tempo. A estrutura social seria uma função das estruturas de conhecimento compartilhado e de interação social.

A proposição de Carley (1989) é sustentada em três níveis. No topo o nível social é apresentado; aqui a sociedade é construída como um conjunto de indivíduos e relações observáveis entre eles. Para Carley (1989, p. 176) a estrutura social pode ser evidenciada a partir da localização de grupos de indivíduos que persistem através do tempo. Um grupo poderia ser definido como um conjunto de indivíduos com um certo padrão de relações entre si. No centro, o nível sócio-cognitivo é apresentado; aqui a sociedade é visualizada como um conjunto de indivíduos e ligações cognitivas reais entre si. O indivíduo é percebido como tendo uma interface com o mundo externo, uma arquitetura cognitiva, uma estrutura cognitiva – parte da qual é correntemente saliente na memória, e nas funções corpóreas. A arquitetura cognitiva condiciona a interface, e as funções corpóreas individuais afetam a

estrutura cognitiva por meio da arquitetura. Cada período de tempo o indivíduo trabalha sobre uma tarefa, atribuição e essas atribuições definem qual parte do ambiente é correntemente disponível ao indivíduo.

A arquitetura cognitiva consiste num conjunto básico de funções mecânicas que permitem o processamento das informações. A estrutura cognitiva assume informações que o sujeito conhece: fatos, conceitos, significados, propensão para a interação e o relacionamento entre estas informações. A aquisição de conhecimento proporciona a construção de significados bem como a evolução da linguagem. É assumido que os indivíduos possuem arquiteturas cognitivas semelhantes, porém estruturas cognitivas diferenciadas. Implica que indivíduos com os mesmos mecanismos para processamento de informações, mas com diferentes informações podem agir de diferentes formas.

A partir da teoria de **redes**, a sociedade é percebida como um conjunto de indivíduos conectados dentro de uma rede multi-dimensional por múltiplas relações: traços externos visíveis compartilhados e traços cognitivos compartilhados (Burt, 1976). O mundo social observado é uma função desses traços externos compartilhados. A interação, para Carley (1989) constitui o ato social básico: inclui tanto as trocas diretas face-a-face quanto às trocas indiretas por meio de mídias como correspondência eletrônica, artigos, livros dentre outros.

Para Berger (1966) a interação e comunicação tornam possível a criação e manutenção de realidades sociais. Se indivíduos não interagem e comunicam as instituições sociais estas não são desenvolvidas. A interação individual é uma função de suas oportunidades para interação e sua estrutura cognitiva (Carley, 1987). Que informação é comunicada, se uma informação é aceita ou não, e como uma informação afeta a estrutura cognitiva do indivíduo é uma função da estrutura cognitiva dos indivíduos.

Para Carley (1989) as ações de indivíduos são condicionadas pelo processamento das estruturas cognitivas a partir de arquiteturas cognitivas. Existem fatores externos ou não cognitivos e externos cognitivos que afetam o processamento e desenvolvimento cognitivo. Os primeiros estão associados ao ambiente físico, estado corpóreo dos indivíduos e o conjunto de atribuições e tarefas a serem desempenhados. Que conhecimento é adquirido e transmitido está associado à parte da estrutura cognitiva correntemente saliente. Considerando que o conhecimento, a partir de interação é adquirido mediante a linguagem, esta passa a ser um constructo sócio-semiótico (Halliday, 1978). E a linguagem social passa a integrar conhecimentos individuais integrados.

2.9.2. Esquemas de Representação

Muitos conceitos têm sido apresentados como esquemas de representação: estruturas conceituais (Sowa, 1984), esquema (Bobrow, 1976 apud Carley 1989), estruturas dinâmicas (Goffman, 1974), redes de transição (Collins, 1975), redes semânticas (Simmons, 1973), *scripts* (Shanck, 1977) dentre outros que consideram a informação como divisível em fragmentos que são interconectados por conceitos compartilhados. (Figura 3 p. 180)

O elemento básico da exposição do modelo de Carley (1989) é o conceito. Conceitos isolados são inexpressivos; conceitos são dotados de significado pela sua relação com outros conceitos. Dois conceitos e o relacionamento entre estes configuram em fato. Um conjunto de fatos configura a base do conhecimento. É a partir dessa base que os fatos são relacionados, desenvolvendo redes e compartilhamento de conceitos. Uma estrutura/esquema pode ser compreendida como uma rede de definições em diferentes níveis de especificidade. O conceito focal para uma estrutura é o conceito que está manejado (*handle*) e pode estar envolvido em estruturas diferentes.

Um fragmento de informação, para Carley (1989) é modelado como um fato – dois conceitos e a relação entre estes; uma coleção de fatos constitui na base para o conhecimento. Os fatos podem ser inter-relacionados desenvolvendo uma rede pela partilha de um conceito. Algumas redes de fatos têm interpretações especiais - ou definições e estruturas. Uma definição consiste numa rede focada de fatos de maneira que o foco é o conceito que está sendo definido e os demais conceitos da rede servem para definir o foco pelos seus relacionamentos com este e mutuamente. Uma definição é uma interpretação particular ou um conjunto de coisas que podem ser mencionadas acerca, ou transformações de um conceito focal. Uma estrutura/frame consiste numa rede focada de fatos com uma super-estrutura de rede imposta sobre uma rede de fatos. Dessa maneira uma estrutura é uma representação do conhecimento em que um montante de informações complexas pode ser codificado em uma situação de certo modo interconectada a partir da qual tais informações podem ser efetivamente acessadas.

É importante destacar que as estruturas/frames podem conter múltiplas definições onde cada definição serve como uma visão alternada de um conceito focal. A base do conhecimento individual é composta de uma série de estruturas/frames entrelaçadas; estas

podem ser interconectadas, compartilhando conceitos e fatos. Indivíduos têm uma estrutura/frame para cada ação/atribuição desempenhada. A linguagem aqui tem conteúdo semântico e é uma função do conhecimento do indivíduo e o seu desenvolvimento está associado a esquemas de representação do conhecimento. O conteúdo semântico da linguagem é o conjunto de definições conhecidas pelo indivíduo.

Considerando que grandes proporções da base do conhecimento do indivíduo é adquirido durante interações, a base do conhecimento individual contempla vasta proporção de informações sócio-culturais. O fato de a linguagem conter informações sócio-culturais foi explorado por Collins (1977), Vygotsky (1962) apud Carley (1989) dentre outros. Se a aquisição de conhecimento pela interação é o mecanismo mais comum, então o significado que o indivíduo estabelece consiste no produto da interação social. (Ruben e Weimann, 1979). O significado para o indivíduo consiste numa articulação implícita e explícita da definição de conceitos. Todos os significados, nos diferentes níveis sociais ou compartilhados são derivados de significações individuais.

Carley (1989) aponta alguns princípios básicos que afetam a natureza da base do conhecimento: definição relativa; compreensão imediata; *saliency dependent access*; mudanças monotônicas; consistência local e autonomia.

O princípio da definição relativa é necessário à avaliação do significado em um esquema de representação do conjunto de conhecimentos. De acordo com esse princípio: a) os conceitos são núcleos ideacionais que isolados são destituídos de significado; b) os conceitos podem somente ser definidos pela relação mútua; c) o significado é uma função dos inter-relacionamentos entre conceitos numa base de conhecimento e não conceitos em si. Em termos sociais não existem definições absolutas, apenas relativas. O significado seria um sistema estável de generalizações representadas por uma palavra, um sistema semelhante num grupo. (Luria, 1981 apud Carley 1989). (significado não é estável)

O princípio da compreensão imediata se torna necessário para a definição de mecanismos de aquisição do conhecimento. A exploração e aquisição de um novo conhecimento, de uma nova informação são permitidas com base no que o indivíduo já conhece. Indivíduos utilizariam novas informações para alterar suas estruturas cognitivas caso possam relacioná-las diretamente.

De acordo com o princípio *saliency dependent access* o acesso à informação é uma função do grau em que a informação é saliente – quanto menos saliente menor a

probabilidade de ser acessada, estando associada ao tipo de ação/atribuição corrente; considerando que a base de conhecimento de um indivíduo contenha uma rede de *frames* que são inter-relacionados pela partilha de conceitos e fatos. Dessa maneira: a) o acesso a um fato depende da estrutura/*frame* corrente; b) o acesso a um fato é proporcional à força da seqüência/percurso entre a estrutura corrente e o fato desejado; c) todos os fatos na mesma estrutura/*frame* são igualmente acessíveis. A estrutura/*frame* corrente age como estrutura de referência.

O princípio das mudanças monotônicas recai sobre o fato de que indivíduos não esquecem. O conhecimento e a linguagem do indivíduo evoluem monoliticamente. A aquisição de conhecimento torna-se um ato heurístico que irreversivelmente altera o significado.

A consistência local incide em outro princípio do constructucionismo. De acordo com esse princípio, para uma ação específica ou tarefa, se um indivíduo não adquire uma nova informação, tal tarefa será executada da mesma maneira; e para uma tarefa de decisão, se o indivíduo não adquire uma nova informação relativa a decisão, esta não mudará. Para Carley (1989) a estrutura cognitiva de um indivíduo é localmente consistente.

O princípio da autonomia é importante por permitir a ação do indivíduo. Dessa maneira, a aquisição e transformação do conhecimento por/de um indivíduo não afetam a estrutura cognitiva de outros indivíduos.

Carley (1989) aponta seis operadores relacionados aos processos de – aquisição, disseminação e escolha de co-participante da interação. Para aquisição de conhecimento são apontados quatro elementos – *by being told*, descoberta, generalização e atribuição. O primeiro parece ser um mecanismo dominante para a aquisição de informações, considerando que a aquisição é dependente de quem interage com quem e que ações/atribuições os indivíduos estão desempenhando. A descoberta consiste num meio de aquisição em que o indivíduo interage consigo mesmo. Tal descoberta pode ser nova para o indivíduo e para a sociedade ou apenas para o indivíduo. A generalização consiste num processo de categorização por meio do qual *x* sobre a base de um limitado número de traços é categorizada como semelhante a *y* e consiste num processo de encaixe de um conjunto de conhecimento, uma estrutura/*frame* dentro de uma outra estrutura/*frame*. A atribuição consiste num processo de interferência mediante o qual *x* dado fato de ser semelhante a *y* herda todas as propriedades de *y*. Consiste num processo de elaboração de *frames*.

Quanto à disseminação de conhecimento implica na comunicação que é fortemente dependente da ação/atribuição que o comunicador está desempenhando. A escolha do co-participante para interação consiste numa função da oportunidade de interação e da propensão para um ator interagir com outro. A propensão para interação está associada à semelhanças sócio-cognitivas.

Carley (1989) expõe outras considerações acerca de comportamentos sociais cognitivamente motivados.

- A base de conhecimento do indivíduo é sempre incrementada através do tempo, considerando que este não sofre esquecimento;
- Quanto menos um indivíduo interage menos conhecimento irá compartilhar com outros membros da sociedade;
- Se a descoberta é relativamente rara então quanto menos o indivíduo interage menor será a sua base de conhecimento.

A sociedade é recorrente se há interação entre seus membros. E a informação pode ser transferida por relações diádicas ou múltiplas. Se não há *turnover* saída de indivíduos numa sociedade, nem descobertas, e a sociedade é recorrente, então o nível de conhecimento compartilhado terá pouco incremento através do tempo e quanto maior o nível de interação, mais conhecimento será compartilhado. Para a autora, quanto mais semelhantes forem as bases de conhecimento dos indivíduos, tendem a compartilhar as mesmas informações entre os integrantes. Implica afirmar que o comportamento não é o produto de um montante de conhecimento apreendido por um indivíduo, mas os mecanismos pelos quais este conhecimento é interligado em conjunto. (Carley, 1989).

Sobre os processos de comunicação salienta-se que o seu sucesso depende do fato de o receptor da informação adicionar a informação a sua base de conhecimento. Tal êxito depende de níveis elevados de interação, da execução de atribuições/tarefas semelhantes, bem como do compartilhamento de vocabulários, fatos e definições. Membros de uma mesma profissão, por exemplo, podem comunicar um vasto conjunto de informações com a utilização de um simplificado conjunto de meios como a linguagem – os níveis de detalhamento tendem a ser menores. Parte daí a constatação de que grupos com altos níveis de interação possuem elevados níveis de compartilhamento de conhecimento que pode não ser explicitamente comunicado (Carley, 1986, 1988). Os erros/variações de interpretação podem ser decorrentes do fato de indivíduos portarem diferentes definições.

Na ciência a informação transferida de um mentor a um estudante não implica apenas num conjunto independente de fatos mas em um conjunto de fatos interconectados. Se um mestre tem vários estudantes, e desses estudantes é esperado o compartilhamento de atribuições/tarefas mediante o estudo das mesmas disciplinas ou a participação em grupos de pesquisa então, a intensidade de experiências compartilhadas tende a se manifestar. Tal intensidade pode continuar com a saída desses estudantes para espaços situados fora da universidade. Alunos tendem a continuar estabelecendo contatos, formando colégios invisíveis, desenvolvendo sua própria linguagem para lidar com fenômenos científicos. Colégios invisíveis exercem forte impacto sobre a difusão de informações científicas via fluxos diretos e indiretos (Crane, 1970 apud Carley 1989)

De acordo com Collins (1975) a linguagem social está embebida de informações culturais e sociais, e seu conteúdo semântico envolve conhecimento compartilhado, a partir do vocabulário, compartilhamento de fatos e significados – novas aquisições de conhecimento dependem da proximidade com tais elementos.

2.10. Interação: estabilidade e mudança

Carley (1991) apresenta um modelo fundamentado na tese de que a interação condiciona o compartilhamento de conhecimento e que um relativo compartilhamento de conhecimento condiciona a interação. Tal modelo advém da constatação de que explicações acerca do assunto têm carecido de mecanismos cognitivos fundamentais na criação e manutenção de grupos. De acordo com o modelo de redes sociais dinâmicas-constructuralismo – a mudança e a estabilidade resultam de mudanças na distribuição de conhecimento dado a relação estabelecida entre o comportamento de membros de um grupo e o conhecimento individual, considerando que indivíduos estão continuamente engajados na aquisição e comunicação de informação bem como seu comportamento é uma função do seu conhecimento corrente.

Conforme foi afirmado, um grupo é perfeitamente estável quando não há nova informação bem como todos os membros compartilham integralmente as informações. Para Berger e Luckmann (1966) instituições são formas de conhecimento e podem manter sua identidade, estabilidade e distinção cultural pela prevenção do fluxo de informações. Dessa maneira a dimensão cultural pode ser caracterizada em termos de distribuição de informação

(idéias, crenças, conceitos, símbolos, conhecimento técnico entre outros) dentre os membros do grupo. Sob esta ótica uma sociedade pode conter um certo número de frações de informação ou fatos (k) que indivíduos desse grupo podem apreender atribuindo maior ou menor grau de complexidade da cultura.

A partir da teoria da interação social Turner (1988) afirma que: o processo interacional é a ação – o que acontece durante a interação; e o processo de estruturacao seria o que acontece tanto ao indivíduo quanto à sociedade como resultado destas interações (aprendizagem); como terceiro estágio tem-se processos motivacionais em que se observa quem interage com quem. A semelhança relativa conduz à interação, considerando a determinação para similaridade pelo número de dimensões que pessoas têm em comum. De acordo com Granovetter (1973) e Blau (1977) quanto maior o número de dimensões que membros diferem maior será a chance do laço (*tie*) ser fraco. Esses três estágios podem ser vistos a partir da perspectiva da interação simbólica enquanto um processo da construção do *self* no qual o *self* consiste na sua posição cultural e social e as ações enquanto resultado dessa posição.

Em termos de redes sociais e homogeneidade cultural Carley (1991) propõe a consideração de duas propriedades – conectividade e diversidade. Dois indivíduos ou grupos que compartilham um fato estão conectados. A homogeneidade cultural seria mensurada a partir de fatos compartilhados diadicamente. Nesse caso estrutura social seria a distribuição de probabilidades de interação e cultura a distribuição dos fatos (crenças, formação, conhecimento técnico entre outros) - interações intergrupais são estruturalmente e culturalmente determinadas. O conhecimento não é estruturado e a escolha da informação a ser trocada pelos indivíduos é randômica.

Sob a perspectiva constructucionista, algumas questões podem ser respondidas a partir de simulações longitudinais: a) porque alguns grupos perduram mais que outros (estabilidade); b) pode o tamanho do grupo e a sua distintividade cultural afetar o seu nível de assimilação; c) se mudanças simples afetam a durabilidade relativa de um grupo; d) novos integrantes têm influência desestabilizadora, ou grupos podem se reconstruir em face das mudanças de população; e) descobertas ou novas tecnologias afetam a estabilidade relativa de um grupo. A teoria constructuracionista sugere a tendência à estabilidade embora o modelo seja dinâmico, considerando que indivíduos interagem, trocam informações, ajustam suas posições sócio-culturais e entram e saem de grupos assim que reconfiguram

suas probabilidades de interação. Trata-se de uma teoria processual em que a construção do *self* e reconstrução social não são processos contraditórios.

2.10.1. Institucionalismo Político: mudança e estabilidade

Para DiMaggio e Powell (1983) Meyer e Rowan (1977) análises institucionais são importantes na medida em que se enfocam para a relativa permanência de um arranjo social distintivo. Argumentos institucionais também podem explicar diferenças persistentes (Dobbin, 1994 apud Clemens e Cook, 1999). De qualquer maneira, o ponto central dos estudos consiste na padronização de vida social produzida não somente por indivíduos e organizações, mas também por instituições que estruturam ações. Para Thelen e Steinmo (1992, p.15) “as instituições parecem explicar tudo até que não explicar nada”.

Atenções mais amplas para entidades políticas como o Estado ou às leis tendem a obscurecer os processos políticos. Tal dilema tem sido abordado principalmente no que tange à tendência a se comparar instituições à estabilidade ou durabilidade. (Clemens e Cook, 1999). Dada à imagem do estado como concreto a mudança seria mais fácil de ser compreendida como o produto de choques exógenos que rompem uma ordem estabelecida. (Krasner, 1984). Os esforços de Archer (1988) , Giddens (1984) e Sewell (1992) no sentido de conceituar as relações entre atores políticos e instituições distinguindo aspectos virtuais das instituições a recursos, interações e processos interpretativos que sustentam tais constructos constituem apreciações acerca dos processos de mudança e estabilidade. A desagregação da entidade monolítica do estado também facilita a conversação entre argumentos de corrente institucionalista com a análise organizacional, psicologia social, e estudos de simulação de dinâmicas sociais.

Para Clemens e Cook (1999) componentes como mutabilidade, contradição, multiplicidade, restrição e difusão, aprendizagem, inovação e mediação consistem em componentes de mudança presentes nas ciências política e social. De acordo com Brinton e Nee (1998), há que se enfatizar a exploração das relações entre as regras formais e informais, redes sociais e ação propositada.

As instituições são manifestas na medida em que os modelos de relações sociais são seguramente reproduzidos por meio de ações de indivíduos ou grupos sem requerer

intervenção autoritária ou mobilização coletiva. Para North (1990) instituição é como um legado humano de limites que delineiam a interação humana. Para Berger e Luckmann (1967) DiMaggio e Powell (1991) as instituições são estendidas no tempo porque modelos se tornam *'taken for granted'* a partir do repetido uso e interação – duráveis na medida em que fornecem orientações substantivas à ação prática sendo reforçados mediante a socialização, interação e legitimação. O reconhecimento das múltiplas fontes de padrões regulares na vida social (práticas) torna-se importante à conceituação da durabilidade e continuidade institucional. Compreendidas de maneira proscritiva ou constitutiva ou prescritiva tais análises podem ser contextualmente localizadas a partir da análise de redes considerando que as redes podem constituir relações e práticas duráveis por meio de processos constitutivos de interação social ou pela configuração de oportunidades e obstáculos à troca e cooperação (Powell 1991; Nee e Ingram, 1998). Considerando que os padrões regulares de ação social podem ser produzidos a partir de *constraints* externos ou modelos internalizados tais regularidades podem ser mais incisivas na medida em que essas múltiplas fontes de regularidade reforçarem uma a outra (Stryker, 1999).

De acordo com Sewell (1992) as instituições são estáveis até o momento em que são rompidas por forças exógenas ao sistema constitucional em si. Para Berk (1994) análises históricas têm demonstrado como as mudanças entre os arranjos institucionais podem configurar “momentos constitutivos” ou *branching points* (pontos de desvio) que canalizam desdobramentos políticos e econômicos. A partir de componentes culturais (regras, modelos ou esquemas) o estado, por exemplo, pode ser percebido como sustentado por ou *enacted* mediante recursos e/ou redes sociais (Archer, 1988)

De acordo com Clemens e Cook (1999) os esquemas podem: ser mais ou menos mutáveis; podem conter contradições internas; múltiplos esquemas ou regras institucionais podem ser potencialmente relevantes ao contexto da ação; um sistema de regras institucionais, de recursos e redes pode conter variações ou facilitar difusão, suportando aprendizagem ou inovação por meio das quais alteram de maneira incremental os esquemas ou ainda mediam impactos de choques exógenos e mudanças ambientais sobre as instituições.

2.10.2. Esquemas e as mudanças institucionais

Conforme foi abordado, as variantes cognitiva, cultural e normativa da teoria institucional enfatizam o papel dos modelos ou *scripts* para a compreensão da ação e da estabilidade das instituições. A mudança institucional pode ser estudada a partir de três fontes: mutabilidade, contradição interna e multiplicidade.

Para Zucker (1988), uma das fundamentais formas de mudança institucional envolve a perda de ordem ou o desenvolvimento de entropia social. Haveman e Rao (1997) apontam que em um ambiente de múltiplos requisitos institucionais concorrentes podem emergir formas híbridas que combinam propriedades de modelos diferentes. Tais argumentos implicam numa avaliação da mutabilidade para a mudança institucional.

Acerca das contradições internas e suas implicações à mudança institucional, salienta-se a instabilidade inerente aos sistemas de crenças e práticas. Instituições podem produzir seus próprios coveiros (*grave-diggers*) Clemens e Cook (1999). Na medida em que os arranjos institucionais incorporam contradições internas a um modelo particular de ação social, o processo de reprodução tende a ser menos provável.

Para Sewell (1992), a mudança institucional pode ser compreendida a partir de tensões entre múltiplas instituições. Eckstein (1966) enfatiza a disjunção como fonte de instabilidade e a congruência como fonte de estabilidade. De acordo com esse autor, um governo tende a ser estável se esse padrão de autoridade for congruente com outros padrões de autoridade presentes na referida sociedade. Ações tendem a ser menos preditivas quando múltiplas instituições competem, ou ainda quando nenhuma instituição está firmemente estabelecida.

Há que se salientar o fato de que as mudanças institucionais são fortemente condicionadas pela medida em que suas variações são acomodadas, difundidas ou mediadas. Destaca-se a importância da análise da interação dos esquemas a partir das redes sociais em como de recursos ao processo de difusão, inovação e mediação.

De acordo com Zucker (1988) a densidade dos laços de uma rede reforçam a existência de instituições atribuindo níveis mais elevados de estabilidade e coerência. Os

processos de influência social são mais efetivos e duráveis quando requisitos cognitivos são embebidos num quadro mínimo de atribuições de hierarquia organizacional ou legitimação.

A mudança institucional tende a ser mais evidente na medida em que: os modelos de ação assumem características arbitrárias; seja verificada heterogeneidade social elevada; as redes sociais apresentem fragmentação e relevante clivagem social. (Carley, 1991; Padget e Ansell, 1993).

As relações de uma rede podem estabelecer as condições de manutenção da ordem (North, 1990) bem como facilitar a difusão de instituições (Strang e Meyer, 1993) a partir da verificação de como as relações sob a perspectiva da conectividade, visibilidade e proximidade podem facilitar a adoção de novas práticas organizacionais. (Tolbert e Zucker, 1983).

Para March (1991), Powell (1996) o conteúdo da mudança institucional pode sofrer mudanças através do tempo como o resultado da aprendizagem processada na solução de novos problemas. Organizações em ambientes que passam por mudanças apresentam movimentos de mudança sustentados na aprendizagem (Zhou, 1993).

O conhecimento de uma regra ou esquema por definição significa a habilidade de transpô-las e ampliá-las criativamente a novos contextos – implica na agência e está inerente ao reconhecimento dos esquemas culturais que caracterizam uma sociedade (Sewell, 1992). Porém nem todos os atores são igualmente capazes para tal. Grupos marginais ao sistema político estão mais propensos a mudança considerando que em configurações institucionais correntes esses grupos teriam custos menores associados ao desvio dessas configurações (Leblebici, 1991).

Para Stryker (1999) mudanças exógenas podem intensificar ou dissipar contradições em instituições existentes. Eventos podem romper sistemas operativos de idéias, crenças, valores, papéis e práticas institucionais de uma dada sociedade desenvolvendo um espaço em que atores políticos se empenham para restabelecer estruturas interpretativas para múltiplas audiências (Ellingson, 1995). (SUS x Direção x Novo modelo de gestão). Dessa maneira, choques ambientais exógenos podem exercer efeitos alterando a saliência de instituições ou suas relações com os domínios da vida social.

Análises acerca de *policy innovation* e mudança têm invocado alguns princípios: a) a inovação é gerada por redes que cortam transversalmente importantes fronteiras institucionais; a heterogeneidade social facilita a mobilização de desafiadores políticos

constituindo em um *loci* de indeterminação estrutural que pode ser explorado por empreendedores políticos para o estabelecimento de novos esquemas. (Cleman e Cook, 1999).

2.11. Instituições e Interesses

De acordo com Jepperson (1999) diferentes tipos de ordens institucionais constituem diferentes tipos de atores e diferentes padrões de interações entre estes. Os poderes constitutivos das instituições políticas freqüentemente possuem conseqüências não intencionais.

Para a constituição de identidades, instituições políticas formais estruturam interesses e incentivos. Um importante mecanismo para a geração de comprometimento de constituintes para políticas envolve variações dos custos e benefícios de uma linha particular de ação (Howard, 1997; Laumann e Knoke, 1987 citado por Clemens e Cook, 1994). A resposta dos regimes políticos para demandas sociais também delinea o desenvolvimento subsequente de interesses organizados. Dessa maneira a racionalidade instrumental e identidades constitutivas reforçam um ao outro: a reprodução é um processo que resulta quando regras induzem papéis, o qual induz interesses, que induzem trocas estratégicas, que encerram padrões de ação coletiva sustentadas em regras (Padgett e Ansell, 1993).

Os efeitos institucionais atribuíveis à legitimidade normativa são reforçados por mobilizações políticas mais explícitas de um grupo de *stakeholders* e alinhamento de incentivos. Na medida em que as regras de acesso ou de configuração de agência facilitam a influência desses *stakeholders* o domínio político torna-se institucionalizado, delineando os termos nos quais novos atores ou novas abordagens serão enfrentados. (Padgett e Ansell, 1993).

Para Sewell (1992), a multiplicidade de ordens institucionais constitui em oportunidade para a agência em que empreendedores políticos buscam negociar múltiplos conjuntos de expectativas ou firmar projetos em alguma das possíveis fundações institucionais existentes (Friedland e Alford, 1991). Em outros termos, Haveman e Rao (1997) apontam que a essência do empreendedorismo institucional consiste em alinhar habilmente uma forma organizacional e a instituição específica incorporada com as regras

fundamentais da referida sociedade. Dessa maneira, nenhuma instituição é criada de novo (Riker, 1995). Desafiadores políticos se mobilizam a partir de modelos familiares de organização social; porém por meios não familiares (Clemens e Cook, 1999) exigindo dos atores um grau de fragmentação, viabilidade de modelos alternativos para mobilização e intervenção.

2.12. A interpretação das Práticas

A interpretação não incide apenas em termos metodológicos e epistemológicos, mas uma questão de natureza e limites da pesquisa social, envolvendo aspectos da linguagem, do *self*, avaliação moral e razão prática. (Gibbons, 2006). O autor argumenta a partir de Gadamer (1989) que a profunda interpretação pode ser explicada em termos de linguagem, idéias, compreensões rudimentares, *background* histórico e práticas sociais que constituem um modo de vida.

Para Dilthey (1999) a observação da ação humana requer a compreensão do mundo físico que informa, motiva e constitui o fenômeno histórico e social. Tal abordagem objetivista obscurece as possibilidades de uma compreensão interpretativa-hermenêutica.

Gadamer (1989) aponta para a relação entre linguagem e ação política e social bem como as implicações à pesquisa social e política. Considerando que a linguagem habilita nossa experiência acerca do mundo, das idéias, conceitos e crenças, há que se compreender que linguagem contribui à constituição de determinados comportamentos e ações. As delimitações dos desejos, emoções, e significados tem ligação estreita com o nível cultural de análise que por sua vez são inseparáveis das distinções e categorias marcadas pela linguagem que as pessoas utilizam. A linguagem é constitutiva da realidade, bem como a prática é inseparável de alguma linguagem/vocabulário relacionado. (Taylor, 1985). Sendo constitutiva da linguagem, incide sobre a ação reflexiva – consciência discursiva.

Uma implicação disso recai sobre o fato de que a compreensão interpretativa da ação deve ir além das intenções subjetivas do ator; falar de idéias, conceitos pautando-se apenas na intenção subjetiva do ator implica na não consideração de que as idéias em si estão embebidas nas práticas. Daí a necessidade de se perceber os significados e práticas comuns que constituem o horizonte histórico da ação social - intersubjetividade. (Gadamer, 1989).. À luz

interpretativista, é crucial compreender a cultura profundamente, antes das formulações de hipóteses ou da definição de uma pesquisa sistemática.

As práticas sociais e a linguagem dentre outros elementos culturais e históricos fomentam os meios pelos quais os atores políticos negociam suas trajetórias. Dessa maneira os objetivos da filosofia moral, ciência social e teoria política consistem na articulação desse *background* a partir do discurso público e das instituições. Longe das questões do individualismo metodológico bem como de categorias antropomorfas abstratas como ‘memória’ ou ‘estado’, a interpretação hermenêutica reconhece que a explicação dos comportamentos, idéias, crenças dentre outros requer referências a uma complexa e ampla base nas práticas, situações históricas e linguagem que definem uma ação ou comportamento em questão. O *self* deve ser situado numa comunidade histórico-linguística que abrange um vasto horizonte de identidades individuais e públicas a partir da apropriação do mundo de maneira reflexiva. Porém a linguagem por meio da qual nos apropriamos reflexivamente nunca consiste em algo que podemos dominar ou nos desprender na totalidade. (Gibbons, 2006).

De acordo com Gadamer (1989) a apropriação do mundo em nível intelectual e prático sempre ocorre dentro um quadro histórico-linguístico por meio do qual nenhum ator se livra totalmente. A linguagem consiste em elemento expressivo e constituinte da vida política e social tendo implicações moral-normativas para o estudo das razões políticas e práticas. Além disso, a linguagem abre as possibilidades para a transformação e revisão de sentimentos, desejos dentre outros; a reflexão humana, enquanto experiência humana não é pré-linguística. Essa reflexão que é parte inerente à linguagem assume feições de profunda avaliação moral-normativa. O espaço moral, o *background* das práticas sociais e morais fornece um senso de que é moralmente significativa (Taylor, 1989). O que um ator é enquanto *self*, sua identidade, é essencialmente definido pelos meios que têm significado para ator. Reafirma-se que a interpretação envolve necessariamente dimensão normativa.

Para March e Olsen (1984) existem duas importantes lógicas que direcionam os estudos acerca da ação humana. A primeira lógica instaura-se na noção de conseqüência (interesses e escolha racional); em que a ação humana é definida por antecipação de conseqüências e avaliação destas em alguma função utilitária que reflete as vontades do ator. A segunda lógica está assentada na noção de apropriabilidade, considerando que o comportamento humano está associado ao comprometimento a uma identidade e suas regras. A partir dessa lógica lida-se com eixos como instituições, rotinas e identidades bem como são

ênfatizadas as regras como resíduos da experiência histórica e as complicações ao fato de se seguir as regras em uma realidade em que as obrigações estão sujeitas à interpretação bem como em situações em que indivíduos pertencem a numerosas e simultâneas identidades. (March e Olsen, 1984). Dessa maneira, sob a lógica da apropriabilidade instituições são construídas a partir de regras e identidades; o estudo dessas variáveis tende a incorporar como aspectos centrais as rotinas e as regras.

Os esforços acerca de análises institucionais têm sido conduzidos via dois meios: a) estudos etnográficos e estudos históricos de instituições políticas bem como os meios pelos quais elas desenvolvem, interpretam e executam regras e identidades; b) exploração de um conjunto de idéias que configuram as regras como condutoras de experiências bem como a compreensão das mudanças nas regras como: (1) mudanças incrementais em regras existentes sobre bases de aprendizagem da experiência; (2) difusão de regras entre instituições e (3) geração endógena do novo.

Aspectos associados à cultura tem sido tratados no novo e no velho institucionalismo. Enquanto que no velho institucionalismo marcado por Selznick (1957), é ênfaticada a dimensão normativa, no novo institucionalismo é privilegiado o aspecto cognitivo da cultura (DiMaggio e Powell, 1991). Em ambos, a cultura não é definida como residual do comportamento racional.

A cultura pode ser compreendida a partir de símbolos e representações que as pessoas utilizam para justificar, descrever ou atribuir algum senso à vida e às situações. (Carruthers, 1994). Para Smircich (1983) a cultura condiciona as estruturas cognitivas que as pessoas utilizam para interpretar o mundo. De acordo com Douglas (1986) a cultura delinea identidades, incluindo questões não apenas acerca do que as pessoas são, mas também o que elas desejam. Para Kertzer (1988) citado por Carruthers (1994) cultura envolve o que as pessoas esperam (aspectos normativos) e o que as pessoas acreditam ser verdadeiro (aspecto cognitivo). Cultura é mais que um conjunto de categorias; inclui também processos por meio dos quais objetivos e percepções são constituídas e aceitas. (Swidler, 1986).

A importância da cultura para as organizações está sustentada em estruturas conceituais que delimitam as percepções organizacionais em termos de objetivos e definição de si mesma acerca de seus atores bem como de sua legitimidade. Para Selznick (1957) na medida em que uma organização é institucionalizada, esta começa a incorporar valores particulares e desenvolver sua ideologia para auto-proteção. De acordo com Meyer e Rowan

(1977) algumas organizações necessitam de legitimidade cultural visando sobrevivência e crescimento. A necessidade por recursos externos e legitimidade condiciona as organizações a importarem ideologias externas incorporando-as à organização formal. O desacoplamento (*decoupling*) permite às organizações a adotarem formalmente tais ideologias.

Para DiMaggio e Powell (1991) a cultura delinea os objetivos e a identidade organizacional, afetando dependências estruturais e afiliações de grupos. Apesar de as dependências estruturais derivarem do fluxo de recursos, o que constitui um recurso para uma organização pode depender de que recursos são. A especificação cultural dos objetivos pode influenciar os recursos e a dependência dos recursos. Nessa perspectiva cultural é enfatizada a habilidade de uma organização para gerar suas formas culturais legítimas, as quais constituem a identidade organizacional e os objetivos também pela articulação de esquemas de classificação utilizados à interpretação.

Para Carruthers (1994) nenhuma organização tem absoluto controle sobre a produção cultural, mas a aproximação a esta condição confere autonomia. A perícia profissional lida com condições semelhantes. De acordo com (Abbott, 1988) profissões que possuem jurisdição sobre uma área têm um reconhecido direito para classificar, analisar um problema bem como indicar soluções. A ocupação cultural dos profissionais consiste no diagnóstico, inferência e tratamento. E quanto mais autônoma for uma profissão maior é a posse de direito legítimo e independente para interpretar uma situação “problema” a partir da utilização de algumas estruturas cognitivas. Tal afirmação é corroborada por Giddens (XXX) quando explica a confiança em sistemas abstratos. Dessa maneira, a autonomia cultural de uma organização está associada à capacidade de definir e interpretar ‘problemas’ e suas ‘soluções’. A posse de reconhecida *expertise* permite a uma organização definir sua própria agenda e determinar suas próprias opções, propiciando uma série de oportunidades que são exploradas de acordo com os objetivos e estruturas cognitivas de uma organização (Carruthers, 1994).

Para Bourdieu (1994) a cultura é unificadora; e o estado contribui para tal na medida em que unifica códigos, lingüísticos e jurídicos bem como pelo efeito de homogeneização das formas de comunicação, incluindo a comunicação burocrática – por meio de notícias oficiais, sistemas de classificação, procedimentos burocráticos, estruturas educacionais e rituais sociais. De acordo com o autor, o estado molda estruturas mentais e impõe princípios comuns de visão e divisão, contribuindo à construção de algum tipo de identidade nacional a partir do que se denomina de capital simbólico, garantido e codificado e ‘objetivado’ pelo estado via um sistema burocratizado que produz e reproduz instrumentos à construção da realidade

social embebida em ritos de instituição. Para Bourdieu (1994), mesmo as relações mais brutais de força são relações simbólicas simultaneamente. Agentes sociais constroem o mundo social a partir estruturas cognitivas que podem ser aplicadas a estruturas sociais amplas e particulares. Ressalta-se que estruturas cognitivas não são formas de consciência, mas disposições do corpo. (Bourdieu, 1994, p. 14). A sujeição a ordens estabelecidas é o produto da aceitação - de um lado, das estruturas cognitivas inscritas nos corpos pela história coletiva (*philogenesis*) e pela história individual (*ontogenesis*); e de outro, por estruturas objetivas do mundo para o qual estas estruturas cognitivas são aplicadas.

2.13. Redes Sociais: co-presença

Considerando a importância do estudo das redes de interação para análises institucionais a partir de uma perspectiva estruturacionista apresenta-se como um dos desafios do estudo, a identificação das ligações mais pertinentes. Lauw, Pang e Tan (2005), considerando a impraticabilidade de se observar relações e interações a partir de investigações individuais – mesmo definindo redes sociais como um conjunto finito de atores e todas as relações estabelecidas entre eles - propõem a exploração de redes sociais a partir da mineração eventos espacio-temporais. A proposta enfoca os dados de uma rede como portadores de elementos espaciais e temporais em que muitos atores co-ocorrem (co-presença) num dado tempo e espaço.

Para Lauw, Pang e Tan (2005) uma rede social descreve um grupo de entidades sociais e padrões de relacionamento entre elas. Os mecanismos clássicos de coleta de dados empregados por cientistas sociais têm sido concentrados em questionários, entrevistas, observações diretas bem como outros instrumentos apresentados por (Wasserman e Faust, 1994). Law et.al (2005) propõem a mineração de dados de rede a partir de eventos co-ocorrentes espacio-temporais como base para inferir associação entre atores utilizando medidas como frequência e intensidade das relações bem como granularidade.

A co-ocorrência é utilizada como critério para inferir laços entre atores juntamente com outros três fatores: a) *self-report*: utilização de ligações anunciadas pelos atores; b) comunicação: transferência de informações ou recursos, indicando associação; c) semelhança: parte da noção de que próximos tendem a ser semelhantes (Carley, 1991) quanto mais se têm em comum, mais inter-relacionado está; d) co-ocorrência: assume-se que quando diversas entidades ocorrem em conjunto com mais frequência tendem a estarem mais associadas.

A mineração de co-ocorrências pode ser feita a partir de quatro mecanismos: 1) co-ocorrência básica, quando nem tempo nem espaço são considerados dentro dos quais poucos itens ocorrem; 2) co-ocorrência temporal, quando não se assume a existência de transações claramente definidas. Interessa aqui não apenas os intervalos entre os episódios, mas também a ordem estabelecida entre os eventos, ou seja, a especificação de uma série ordenada de itens num intervalo regular de tempo; 3) co-ocorrência espacial, ou co-posição/situação e depende de definição específica do espaço compreendendo desde os nós adjacentes em um gráfico até itens associados à razão de se estar próximo; 4) a co-ocorrência espacio-temporal lida com componentes tratados enquanto coleção de séries temporais em determinados espaços como indicativos de associação. Nota-se a valorização de co-ocorrência de itens muito mais que de atores.

2.13.1. Mineração de Redes Sociais a partir de Eventos

Em termos de redes sociais um evento consiste na co-ocorrência de atores (Lauw et al. 2005) conhecida também por rede de afiliação (Wasserman e Faust, 1994) sendo definida como uma rede *two-mode* com um conjunto de atores e de eventos conectados por ligações ator-evento. Um evento consiste em qualquer coletividade social, incluindo palestras, conferências, jogos, reuniões entre outros; podendo servir como condutor para transferência de recursos ou simplesmente como base para interação. (Principais eventos do HC). O corolário disso é que eventos sociais podem produzir co-ocorrências espacio-temporais que podem ter sido originadas de interações sociais subjacentes.

Para Law et.al (2005) eventos possuem informações espacio-temporais que podem ser utilizadas à especificação de pesos aos meios que impulsionariam a capacidade dos eventos predizerem um relacionamento e apontarem a força deste. Para tanto, há necessidade de se considerar as noções de: precisão e singularidade.

A precisão de um evento refere-se à qualidade da co-ocorrência que define o evento com respeito a tolerâncias de tempo e espaço. A precisão espacial de um evento denota medidas acerca de quão próximos (*closely*) em termos de espaço os atores estão num determinado evento. Quanto à precisão temporal, fundada na duração de um ator em uma determinada localização.

A singularidade (*uniqueness*) indica forte associação. A singularidade espacial refere-se à localização única de um evento dentre outros eventos. A singularidade temporal está

também associada à medida acerca de quantos outros eventos podem acontecer simultaneamente. Dessa maneira, são considerados para efeito de mineração, os eventos que são capazes de sustentar associações. As redes sociais desenhadas a partir daí podem ser utilizadas para a identificação de padrões de evolução espacio-temporais (Lauw et al., 2005).

Na sequência é apresentada a metodologia do referido estudo contemplando como estratégia o Estudo de Caso, desenvolvido a partir de dados primários como entrevistas abertas e semi-estruturadas bem como de dados secundários pautando-se na investigação de registros. Salienta-se a importante contribuição ao estudo o encontro do pesquisador com documentos que detalham os episódios de maneira a viabilizar um constructo histórico que evidencia dinâmicas de estruturação.

3. METODOLOGIA

3.1 PERGUNTAS DE PESQUISA

- Quais são os fatores que condicionam as práticas de ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas no período entre 1961 e 2008?
- Quais são as práticas de ensino, pesquisa e assistência nos diferentes momentos do percurso do Hospital de Clínicas do Paraná entre 1961 e 2008?
- Quais são os principais agentes relacionados às práticas de ensino, pesquisa e assistência do Hospital de Clínicas do Paraná entre 1961 e 2008?
- Quais são os princípios estruturais para as práticas de ensino, pesquisa e assistência estendidas no espaço-tempo do Hospital de Clínicas da UFPR entre 1961 e 2008?
- Quais são as estruturas para ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas da UFPR entre 1961 e 2008?
- Como são estabelecidas as interações e relações sociais entre os agentes do Hospital de Clínicas – UFPR considerando os cursos do Setor de Ciências da Saúde;
- Quais são os episódios que constituem a historicidade das práticas de ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas da UFPR entre 1961 e 2008?

3.2. VARIÁVEIS DE ANÁLISE

3.2.1 Princípios Estruturais

DC: São propriedades estruturais implicadas na reprodução de totalidades sociais. Consistem em princípios de organização de totalidades sociais (Giddens, 1989).

DO: A identificação das propriedades estruturais foi operacionalizada a partir de três etapas: entrevistas semi-abertas com os principais agentes do HC-UFPR buscam-se evidenciar tais princípios e suas conjunturas em sistemas sociais. Os dados de tais entrevistas foram analisados a partir da análise de discurso. Na sequência foi realizada pesquisa documental em registros de atas de 800 reuniões do Conselho de Administração do Hospital de Clínicas UFPR; tais registros foram tratados a partir da análise de conteúdo visando a identificação da

extensão espaço-temporal das propriedades estruturais por meio de processos de estabilidade, circuitos de reprodução bem como a identificação de contradições que desencadeiam mudanças.

3.2.2 Estruturas

DC: Estruturas consistem no conjunto de regras e recursos implicados, de modo recursivo, na reprodução social. A estrutura pode ser conceituada abstratamente como dois aspectos de regras: elementos normativos e códigos de significação.

DO: A variável estrutura foi operacionalizada no estudo a partir de entrevistas semi-estruturadas com agentes do HC – UFPR envolvidos com as funções de ensino, pesquisa e assistência. As entrevistas foram analisadas a partir da análise de discurso bem como a partir do cruzamento da análise documental feita a partir de registros como relatórios, ofícios, livros, informativos, slides de apresentação de eventos, bem como da análise documental de 800 atas de reuniões do Conselho de Administração do Hospital de Clínicas UFPR. Como elementos de análise destacam-se: regras, normas, emprego de recursos alocativos como os recursos financeiros, orçamentos, verbas, leitos bem como de recursos autoritários como definições de atribuições, constituição de grupos, comitês, comissões, privilégios, carreira, deliberações organizacionais associadas a convênios. Dentre os recursos também foram considerados aspectos ligados ao estabelecimento de relações e interações com outras organizações externas bem como entre grupos sociais internos em especial entre profissionais de diferentes cursos do Setor de Ciências da Saúde. Destaca-se também a identificação de estruturas cognitivas na medida em que expressam códigos de significação compartilhados entre os atores do hospital; os discursos em torno das finalidades do hospital expressos na sua trajetória demarcam virtualmente a construção de identidades voltadas para o ensino, a pesquisa e a assistência. Tais estruturas foram identificadas a partir de registros de atas, relatórios, discursos veiculados na imprensa, jornais, sites; e analisados via análise de conteúdo e documental. Foram aplicadas também entrevistas semi-estruturadas com a finalidade de investigar compreensões acerca do hospital em termos de finalidade e representações.

3.2.3 Interação Social e Relação Social

DC: A **interação** social refere-se a encontros, anteriormente caracterizados, entre os indivíduos em situação de co-presença. A relação social é referida como um nível dos elementos básicos por meio dos quais as instituições dos sistemas sociais são articuladas.

DO: A operacionalização das variáveis interação e relação foram feitas a partir de entrevistas semi-estruturadas com agentes das atividades de ensino, pesquisa e assistência. Esses agentes também pertencem a grupos de profissionais distribuídos entre os cursos e departamentos do Setor de Ciências da Saúde. A partir das entrevistas semi-estruturadas foram feitas análises de discursos visando a identificação de padrões de interações entre os agentes no cotidiano. Na sequência foram analisados os registros de atas de 800 reuniões. Nessa análise documental foram considerados elementos como: níveis de participação dos agentes dos diferentes cursos e departamentos nas discussões acerca das pautas; participações decisivas quanto às deliberações futuras para o hospital, afirmações de agentes acerca das interpretações de outros cursos e departamentos, atribuições de importância nas práticas organizacionais, na construção de organogramas do hospital, nos enfrentamentos entre cursos e departamentos expressos nas disputas por espaço físico, nas intervenções de Conselhos Regionais das diversas classes de profissionais dentre outras formas de interação que manifestam relações estruturadas via categorizações e vínculos simbólicos

3.2.4 Práticas

DC: Padrões, regularidades de condutas e de sistemas de relações sociais reproduzidos e transformados em contextos espaciotemporalmente definidos por meio das interações e do monitoramento reflexivo dos agentes.

DO: A operacionalização dessa variável foi feita a partir da investigação e construção da historicidade da referida organização, destacando os principais agentes, os episódios e *momentums*. No primeiro momento foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e abertas com agentes envolvidos com as funções de ensino, pesquisa e assistência do HC. Nessa etapa recorreu-se à consciência discursiva e à consciência prática dos agentes na medida em que se

busca identificar os níveis de monitoramento reflexivo dos agentes na medida em que expõem as práticas que assumem, avaliam, ou recordam. Essas entrevistas foram analisadas a partir de análise de discurso visando a identificação primária de: reflexões acerca das práticas de ensino, pesquisa e assistência, das conseqüências premeditadas ou não premeditadas da conduta de agentes, da consciência discursiva em termos de conflitos em torno das práticas estendidas no tempo, das mudanças e regularidades das práticas institucionalizadas bem como da continuidade sustentada na rotinização e no monitoramento reflexivo via consciência prática. Na sequência foi realizada análise documental e de conteúdo acerca de registros de atas; ofícios; slides de apresentações de palestras, formação de alunos, residentes, médicos, enfermeiros. Essas análises visam a identificação de padrões e regularidades de condutas dos agentes bem como acerca das relações sociais.

3.2.5 Historicidade

DC: “Historicidade consiste na temporalidade de práticas humanas, modelando e sendo modeladas por propriedades estruturais dentro das quais diversas formas de poder são incorporadas. É a estruturação de episódios no tempo e no espaço mediante a interação contínua de agência e estrutura.” (Giddens, 1989, p. 293)

DO: A historicidade do Hospital de Clínicas foi operacionalizada no primeiro momento via entrevista aberta com principais agentes da organização. Essas entrevistas foram analisadas a partir da identificação de episódios demarcados pelos agentes considerando contextos de espaço e tempo para as práticas de ensino, pesquisa e assistência. Feitas as entrevistas, partiu-se para análise documental em fontes de registros como: sites dos Ministérios da Saúde, Ministério da Educação, Leis, Regulamentações, Diários Oficiais, Relatórios, Ofícios, Jornais internos e externos. Em especial foi realizada análise documental de registros de atas de 800 reuniões entre 1961 e 2008. Com base no cruzamento de dados primários e secundários foi possível a construção da história do Hospital de Clínicas da UFPR.

3.2.6 Agente e Agência

DC: Agente é o **Ser** capaz de intervir no mundo com o efeito de influenciar um processo ou estado específico de coisas.

DO: A identificação dos agentes foi feita inicialmente a partir da verificação das estruturas expressas nos organogramas, sites, regimentos dentre outros documentos. Na sequência foram realizadas entrevistas com os principais agentes das três atividades do Hospital de Clínicas tais como diretores, chefes de departamento e coordenadores de curso, coordenadores de área, gerentes de unidades funcionais. A partir desses agentes outros agentes foram indicados. No terceiro momento foram levantados todos os principais agentes via análise documental em registros como: atas de reuniões do Conselho de Administração, ofícios, jornais e sites. Também foram considerados como agentes no estudo atores sociais pertencentes a outros sistemas sociais como Ministérios, Secretarias, Conselhos, Associações, Entidades Beneficentes, Câmaras Legislativas, Governos, Agências Reguladoras, Tribunais.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para o referido estudo foram acessados atores do Hospital de Clínicas da UFPR distribuídos nos atividades de ensino, pesquisa e assistência. Destacam-se algumas informações acerca da população da organização em análise em 2008, destacando aspectos do Ensino.

Alunos Medicina Total Graduação	546
Alunos Medicina Aula Prática HC	723
Alunos Medicina Pós-Grad e Estágio	400
Alunos e Estagiários Enfermagem (com aulas práticas no HC)	239
Alunos e Estagiários Nutrição (com aulas práticas no HC)	178
Alunos e Estagiários Farmácia (com aulas práticas no HC)	250
Alunos e Estagiários Terapia Ocupacional (com aulas práticas no HC)	90
Professores Medicina	198
Residentes 2007	247
* Em 36 especialidades Médicas	2871

Com relação à assistência tem-se grupos de atores distribuídos entre as diversas formas de Contrato de Trabalho.

Médicos	378
Funcionários Fundação - FUNPAR *inclusive médicos	1.093
Funcionários MEC *inclusive médicos	2.050
Funcionários Cedidos	45
Funcionários Terceirizados	388
Total Funcionários	3.576

Com relação aos departamentos do Setor de Ciências da Saúde tem-se:

- Cirurgia
- Clínica Médica
- Enfermagem
- Estomatologia
- Farmácia
- Medicina Forense e Psiquiatria
- Nutrição
- Odontologia Restauradora
- Patologia Médica
- Pediatria
- Saúde Comunitária
- Tocoginecologia
- Oftalmo-Otorrinolaringologia

Com relação às Coordenações do Setor de Ciências da Saúde tem-se:

- Enfermagem
- Farmácia
- Medicina
- Nutrição
- Odontologia
- Terapia Ocupacional

Com relação à Pós-Graduação estão relacionadas as seguintes áreas e cursos:

- Clínica Cirúrgica – Mestrado e Doutorado
- Medicina Interna - Mestrado e Doutorado
- Tocoginecologia - Mestrado e Doutorado
- Pediatria - Mestrado e Doutorado
- Enfermagem – Mestrado
- Oftalmo-otorrino - Mestrado e Doutorado
- Farmácia - Mestrado e Doutorado

Com relação à gestão do Hospital de Clínicas tem-se:

- Direção Geral
- Direção de Corpo Clínico
- Direção de Ensino e Pesquisa
- Direção de Assistência
- Direção Financeira
- Direção Administrativa
- Assessoria de Marketing

Dentre os grupos que compõem a população do Hospital de Clínicas foram selecionados para amostra agentes distribuídos nas seguintes áreas de ensino, pesquisa e assistência:

Gestão: Assistência

- Direção Geral – dois diretores
- Direção de Corpo Clínico – dois diretores
- Direção Administrativa – uma diretora
- Direção de Assistência – uma diretora
- Direção Financeira – uma diretora
- Coordenação de Enfermagem
- Coordenação de Internação
- Gerência de Urgência e Emergência
- Gerência de Nutrição
- Gerência de Hotelaria
- Gerência de Suprimentos

Ensino e Pesquisa:

- Direção do Setor de Ciências da Saúde – 1 diretor
- Direção de Ensino e Pesquisa – um diretor
- Residência Médica – dois residentes de áreas diferentes e Coordenação de Residência.
- Aluno Graduação Medicina

- Cursos e Departamentos do Setor de Ciências da Saúde (Chefes de Departamento / Coordenadores de Curso):
 - Farmácia
 - Medicina
 - Odontologia
 - Transplante de Medula Óssea
 - Cirurgia Cardiovascular
 - Clínica Médica
 - Tocoginecologia

As entrevistas com os referidos agentes está associada à representatividade das posições que ocupam na estrutura do hospital considerando ensino, pesquisa e assistência. O perfil dos entrevistados contempla também diversidade de contratos e profissões: professores, médicos, bolsistas, alunos, enfermeiros, contratados pela Funpar e concursados pelo Ministério da Educação.

3.4 DESIGN DA PESQUISA

O design do referido estudo é caracterizado por Estudo de Caso que é caracterizado por investigações acerca do ‘como’ e ‘porquê’, daí a importância das pesquisas históricas. O referido estudo de caso tem forte cunho descritivo, tendo em vista que não se pretende intervir sobre o contexto mas dar a conhecer como esse se constitui. O alcance analítico do referido estudo é possível na medida em que as práticas organizacionais de ensino, pesquisa e assistência são expostas na construção da historicidade da organização de maneira horizontal e relacionada; considerando a lateralidade dos episódios que constituem tais práticas bem como o suporte conceitual da Teoria da Estruturação.

Na medida em que esse estudo de caso foi sendo articulado indagações e respostas constituíram a análise exigindo do pesquisador a investigação e exploração acerca de ações relacionadas, interações estabelecidas, novos agentes envolvidos. Dessa maneira, buscou-se retratar e analisar os fatores para a construção das práticas de ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas da UFPR de maneira a respeitar a complexidade e amplitude dessa

organização via revelação da multiplicidade de episódios que a envolvem, respeitando o fato de a realidade pode ser compreendida sob diferentes perspectivas.

A escolha pelo Estudo de Caso também se justifica por sua utilidade na compreensão de processos sociais contextualizados no tempo e espaço bem como na captura de aspectos recentes, emergentes dotados de cumulatividade histórica via fluxos de episódios. É por essa razão que esse estudo está pautado em análises de natureza qualitativa descritiva e explicativa de indagações a respeito de ‘como’ (processos) e porque (fatores) práticas de ensino, pesquisa e assistência foram desenvolvidas entre o período de 1961 e 2008 no Hospital de Clínicas da UFPR.

3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Quanto a coleta e análise dos dados do referido estudo de caso é importante destacar a variedade de fontes de coleta possível e necessária bem como o tratamento e análise de tais investigações. Dessa maneira são expostos na sequência as fontes primárias e secundárias do estudo.

Os dados **primários** foram coletados a partir de: entrevistas abertas, entrevistas semi-estruturadas realizadas com agentes do hospital como diretores, professores, pesquisadores, alunos, gerentes, chefes de departamento e coordenadores de curso. A maioria desses agentes atua no Hospital de Clínicas há mais de 25 anos, daí a validade da aplicação de perguntas abertas acerca de suas interpretações do percurso histórico da referida organização. É a partir dessas questões que são destacadas as questões semi-estruturadas das entrevistas. As primeiras entrevistas foram realizadas no final de 2006 com alguns agentes do hospital que atuavam como diretores. Em 2007 e 2008 foram entrevistados os demais agentes do hospital bem como com agentes de níveis de atuação relativamente baixos no hospital, como membros de cursos/departamentos do Setor de Ciências da Saúde. Essas entrevistas foram tratadas a partir da análise de discurso. Foram organizadas a partir do percurso histórico anunciado pelo agentes considerando episódios tidos como fundamentais situados em contextos espaciotemporais pelos agentes entrevistados. Dentro desses percursos foram identificadas as variáveis de análise tais como: práticas, agentes, princípios estruturais, estruturas e episódios.

A observação não participante também foi empregada no estudo. As observações foram feitas a partir da participação de eventos como: inaugurações (endocrinologia), comemorações (aniversário), festividades de doações, seminários (Hospitais Universitários e MEC), cerimônias de empossamento, locais de trabalho (Secretaria Geral do Hospital). Atentou-se nessas observações para aspectos discursivos em torno de aspectos como: agentes envolvidos, prática discursiva em torno de estruturas anunciadas, reforço de práticas de ensino, pesquisa e assistência, percursos históricos resgatados, indicadores reforçados, interações e relações estabelecidas.

Quanto aos dados secundários consistem na garimpagem por documentos e registros tais como: ofícios, jornais, relatórios, pareceres, leis, apresentações dentre outros disponíveis em arquivos, secretaria ou ainda em *sites*. Além desses foi de fundamental importância os registros nas atas de reuniões do Conselho de Administração do Hospital de Clínicas. Esse conselho foi constituído inicialmente por professores do curso de medicina e diretores de curso e do hospital. Ao longo do tempo foi agregando chefes de departamento, coordenadores de curso, representantes de alunos, representantes de funcionários. Nesse conselho decisões acerca do ensino pesquisa e assistência no hospital são deliberadas. Foi feita a análise documental de 800 reuniões desse conselho. Tais registros consistem na mais preciosa fonte de registros de memória do percurso do hospital. Os primeiros livros atas foram escritos a mão por professores médicos em narrativas detalhadas acerca das ‘falas’ dos membros conselheiros. O rigor com os detalhes se manifesta no registro de opiniões, gestos, ênfases, preocupações dentre outras manifestações. Com a existência do papel de secretária nas reuniões as narrativas continuam detalhadas, de 5 a 12 páginas de registros por reunião. A troca de secretária há pouco mais de 10 anos incide em narrativas mais sucintas, os textos continuam trazendo informações acerca de posicionamentos dos agentes, mas perde a granularidade dos discursos. Destaca-se a importância da análise documental para a construção historiográfica das práticas organizacionais da referida organização.

Considera-se os documentos como produtos dos agentes que os construíram segundo as relações e testemunhos do passado e os agentes como arquivos vivos de sua própria memória. Daí os contrastes entre a memória dos agentes expressa nas fontes primárias e os documentos. Dentre os contrastes, localizações temporais, interpretações acerca dos episódios, posições dentre outros. A historicidade traz junto de si trajetórias que evidenciam recursividade, transformações nem sempre reflexivamente monitoradas pelos seus agentes.

Dentre as **facilidades** da pesquisa quanto à coleta de dados destaca-se a predisposição de alguns agentes do Hospital de Clínicas no sentido de fornecer informações, indicar fontes de informações. À época do início da pesquisa se discutia na referida organização sobre a implantação de um modelo de gestão o que facilitou a receptividade da pesquisa entre os agentes pertencentes à direção da assistência, incluindo a direção geral que permitiu acesso a registros anteriormente não explorados por outros pesquisadores. Os principais *gate keepers* da referida organização foram: no primeiro momento, chefia de gabinete da reitoria que intermediou os primeiros contatos com a Direção de Ensino e Pesquisa bem como com outros diretores; no segundo momento uma agente que coordenava as atividades de capacitação dos gerentes do hospital manifesta apoio ao estudo e leva o projeto ao Conselho da Direção do hospital bem como no Comitê de Ética em Pesquisa. Várias entrevistas foram agendadas a partir dessa agente. A direção de Ciências da Saúde também permitiu acesso entre os cursos a partir do envio de mensagem eletrônica sobre o referido trabalho. Destaca-se a importância da pesquisa documental ter sido concentrada na Secretaria Geral do Hospital no mesmo espaço de três secretárias. Uma delas contribuiu no sentido de explicar o sentido de alguns registros e apontar para os documentos e agentes correspondentes. Vários meses de co-existência durante a maioria das tardes, algumas manhãs, alguns sábados e domingos.

Configuram entre as principais **dificuldades** na coleta de dados a dificuldade de agendamento de entrevistas com vários professores: ausências por esquecimento, outros compromissos no mesmo horário de agenda, falta de resposta às insistentes tentativas de agendamento. Entre alguns, o receio de responder às questões, a resistência manifesta em respostas como ‘isso não é comigo’, ‘não grave isso’, ‘não tenho conhecimento suficiente sobre’, ‘porque você quer saber sobre isso’. Quanto a coleta de dados secundários, manifestou-se como principal dificuldade a falta de atualização do *site* do Hospital de Clínicas da UFPR, e do Setor de Ciências da Saúde, bem como da maioria dos departamentos da área de Medicina. As solicitações de informações de algumas áreas não foram atendidas, mesmo via processos de formalização e insistência.

3.6. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Antecipa-se o fato de se considerar que a integralidade das variáveis do estudo é praticamente impossível de ser contemplada no estudo e compreender a amplitude

multifacetada dos fenômenos organizacionais é desafiador. Dentre as limitações do estudo está o fato de o agente/humano acessar sua memória sobre os eventos, dotado de construções posteriores aos se referem, ou seja, a historicidade construída única e exclusivamente pelo acesso à memória dos agentes dificilmente será o retrato das circunstâncias espácio-temporais estabelecidas anteriormente. O aqui e agora constituem contextos de referência para os agentes.

Decorrente dessa constatação se reforça a necessidade da garimpagem de documentos que como monumentos congelam os eventos no tempo e espaço. Consistem em pistas fundamentais de consistência dos eventos, mas também fornecem limitação na medida em que também foram constituídos a partir de elementos que escapam com facilidade dos olhos do pesquisador, exigindo deste a atenção aos detalhes e a vazão para outras fontes sem perder de vista o foco sobre as perguntas da pesquisa.

Como estudo estruturacionista salienta-se a dificuldade do pesquisador na captura da recursividade das práticas, a dualidade agente e estrutura. Considerando essa limitação se procura estabelecer, com o máximo possível de rigor e fidelidade aos registros e depoimentos, um percurso, uma trajetória delineando a história com a devida dinâmica e coerência. Como historicidade consiste em lateralidade e movimento, é necessário conservar o aspecto plano de um estudo estruturacionista, onde o passado constitui o aqui e agora.

É partir de tais constatações que se decide por uma apresentação descritiva e analítica do estudo que valoriza eventos detalhados bem como exposições expandidas de entrevistas e registros.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE

No Brasil existem 45 hospitais universitários. Em acordo com o Ministério da Educação (2008) os hospitais universitários são unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem, também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais. Consistem também em Centros de Formação de Recursos e de Desenvolvimento de Tecnologia para a área de saúde. É reconhecida a heterogeneidade quanto às capacidades instaladas, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento dos hospitais universitários, desempenhando papéis de destaque na comunidade onde estão inseridos.

Os 45 hospitais universitários (HUs) brasileiros enfrentam crises de difícil solução. O modelo de financiamento e a gestão e contratação de recursos humanos consiste num dos principais fundamentos dessa crise. O Ministério da Educação é responsável pela folha de pagamento de funcionários/professores contratados e o Ministério da Saúde pela verba de custeio – remuneração pelos serviços prestados na área de **internações, exames, consultas laboratoriais e outros procedimentos. Tais recursos são repassados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que se apresenta hierarquizado em níveis de atuação direta sobre os Hospitais Universitários, tendo nas Secretarias Municipais o aparelho gestor.**

A falta de verba nos Hospitais Universitários para muitos gestores de é derivada do fato de que os valores pagos pelo SUS às instituições pelos procedimentos realizados não cobrem todas as despesas. A lógica não é de orçamento, mas de faturamento. Tais dilemas têm conduzido gestores de Hospitais Universitários a desencadear buscas incessantes buscar por novas formas de gestão.

Salienta-se que até 1953 as áreas de Educação e Saúde estavam concentradas no Ministério da Educação e Saúde. Pelo Decreto nº 34596 esse ministério é desdobrado em dois ministérios: Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde. A partir de então são estabelecidas normas gerais acerca da defesa da saúde. À União é concedida autoridade para se traçar as normas gerais numa escala hierárquica passando pelos estados e municípios. O MEC passa a se responsabilizar pelos Hospitais Escola que inicialmente atendem indigentes à

escolha de seus pesquisadores e professores. Mais tarde iniciam as contratações de convênios, como Funrural, INPS dentre outros que fazem com que os hospitais universitários passem a interagir com diferentes ministérios como Previdência Social e mais tarde com o Ministério da Saúde. As práticas se invertem da assistência pelo ensino e pesquisa, para o ensino e pesquisa pela assistência. No Hospital de Clínicas da UFPR o período de 1961 a 2008 todo esse percurso é traçado. Resta ao pesquisador reunir os episódios na *longue dureé* espacio temporal para estabelecer um estudo estruturacionista, onde a história é mais plana do que linear penetrando lateralmente no tempo, sendo o passado e presente as mesmas coisas. Para tanto, julga-se necessário pela abrangência da organização e pela complexidade estrutural da referida organização, situar esse percurso em termos de episódios e *momentum* em que agentes interagem de maneira complexa com níveis diferenciados de reflexividade sobre suas práticas e sobre determinadas circunstâncias e contextos, reforçando ou transformando rotinas, práticas e instituições.

Na sequência tem-se 13 capítulos distribuídos em acordo com uma lógica de articulação entre si respeitando internamente um estudo espacio temporal de maneira a reforçar a historicidade desses aspectos entre 1961 e 2008. Estão separados em capítulos que podem não têm sequência obrigatória, podem e precisam ser compreendidos de maneira plana, não hierárquica. Como aspecto fundamental do percurso do estudo, a valorização de episódio e *momentum* para delinear trajetórias...

4.1 O HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR

É a partir de entrevistas com agentes das diversas áreas e posições no HC-UFPR, bem como de análise documental de atas, livros, ofícios, relatórios dentre outras formas de registro que se desenvolve o estudo estruturacionista do HC, considerando agentes, estruturas e práticas num *continuum* espacio temporalmente situado entre episódios que constituem a *longue dureé* da ação, a estruturação a partir da historicidade de práticas de ensino, pesquisa e assistência no referido hospital. Nesse capítulo se constrói a trajetória do HC em termos gerais. O que é o HC – UFPR um hospital escola fundado em 1961 com a finalidade básica de ensinar alunos do curso de Medicina da UFPR, utilizando como ‘material didático’ o atendimento a indigentes, tendo todos os recursos para tais práticas advindos do Ministério da Educação e Cultura. É hora de formalizar, é hora de estruturar as relações, reforçar posições, desenvolver regras de funcionamento. Daí a criação do Conselho de Administração...

Concentra-se atenção ao que se desencadeia no Conselho de Administração do HC-UFPR pelo fato deste conselho integrar agentes que atuam nas três frentes do hospital: Ensino, Pesquisa e Assistência. O Conselho de Administração do Hospital de Clínicas da UFPR manifesta sua primeira formalização, via registro de Ata em 22/12/1961, sendo composto pelos seguintes atores sociais principais distribuídos nas seguintes posições:

- **Diretor da Faculdade de Medicina**
- **Diretor Geral** - Prof. Átila Rocha
- **Chefe de Corpo Clínico**
- **Supervisor de Serviço Médico**

Já nessa primeira reunião, onde 6 agentes participam é travado em pauta a Proposta de Aumento do número de leitos para 400. A previsão orçamentária advinda da reitoria também é discutida para tais intentos. Dentre as perspectivas, constam 250 para janeiro, 280 para fevereiro de 1962. Conta-se com 107 funcionários de suporte. Então para se atender a 400 leitos totalizaria despesas em 342 milhões de cruzeiros: 129 com pessoal; 155 com material de consumo; 40 com equipamentos. Em 1962 o HC já faz 802 atendimentos.

Nessa época é nomeada a diretoria de Divisão Técnica, Médica e Administrativa. Nota-se que “na falta de um técnico em administração hospitalar” a área de enfermagem

assumia posições de gestão. Outra concentração característica se manifestava na atividade de Congregações de Irmãs, que se responsabilizavam por atividades de Zeladoria.

Na década de 60 o HC contava com Laboratório Clínico, radiologia e radioterapia. As 6 pessoas que participavam do conselho definiram o que denominaram de fluxograma, uma das primeiras formalizações de fluxos e operações por que o HC passava. A contratação de 20 médicos auxiliares acontece via indicação de professores catedráticos, indicando relações de poder via estruturas de dominação sustentadas e geradas a partir de recursos autoritários.

Outros itens perfaziam as decisões de tal conselho, como a adequação dos vestiários dos alunos da cátedra de ginecologia, situada no 6º andar, bem como sobre a conveniência do “entrosamento entre corpo clínico e corpo docente do hospital”, já estabelecendo relações de poder entre médicos e professores médicos na medida em que se esboça tal clivagem social.

Os registros investigados demonstram que as relações estabelecidas são embebidas de apelos personalísticos a partir de caracterizações de profissionais de diversas áreas. Alguns são destacados pela qualificação mais apreciada – a **dedicação**. A dedicação passa a constituir uma dimensão psico-semântica para a criação de significados acerca de indivíduos (Sewell, 1992).

Como finalidade didática primordial ao HC, é criado o plantão do Hospital de Clínicas para atendimento de urgências, tendo como regra básica que deverão ser aproveitadas pelos plantonistas todas as oportunidades de **ensino** ante as emergências. O primeiro plantão do HC tem 4 equipes. Os chefes de tais equipes devem estar em situação de alerta para o ‘não cumprimento de plantão’.

Equipe A – Clínica Médica

Equipe B – Clínica Cirúrgica

Equipe C – Clínica Pediátrica

Equipe D – Clínica Obstétrica.

Nota-se aí algumas situações que acompanham o Hospital de Clínicas através do tempo: hierarquia entre as áreas relacionadas, inicialmente pelo tamanho de suas áreas: número de envolvidos e número de serviços prestados. A segunda situação está relacionada à

‘ausência’ – prática desde então manifesta no hospital. Os primeiros números contam que 60% dos funcionários que não faltaram receberam registro de reconhecimento.

Em 1971 é feita a indicação do Sub-Diretor Clínico. Decorrente das relações de poder estabelecidas no hospital bem como pela aparente necessidade de manutenção de agentes e de estruturas membros de direção são escolhidos entre os agentes de direção por meio da prática de **indicação**. A indicação consiste num mecanismo viável de reprodução e estabilidade de estruturas vigentes.

A Reforma Universitária é concluída em 17/08/72. Na Faculdade de Medicina há 7 Departamentos, havendo praticamente **independência** dos mesmos, necessitando porém de equipamento e pessoal para poderem funcionar como tal. O Fundo de Emergência é acessado para tais empreendimentos. A Cirurgia passa a ter 4 disciplinas, demandando local adequado e uma secretária e obtém aprovação unânime do conselho para utilização de verba do Fundo de Reserva no valor de Cr\$ 11.775,70 para os gastos efetuados na “aquisição de móveis, cortinas e máquinas de escrever, para dar apresentação de destaque à sala do Chefe do Departamento de Cirurgia”. Infere-se aí o marco de uma das principais práticas do ensino da Medicina a se consolidar através dos tempos – **a especialização seguida pela independência das áreas, especialidades**. É a partir da especialização que atores criam seus espaços de domínio independentes e a criação de **Disciplinas** consiste na operacionalização de tais constructos cognitivos, físicos e sociais. Em 1976 é feita a reestruturação do departamento de Genética.

Em 1982, os chefes de departamento, professores, diretores do HC e Chefe do Setor de Ciências da Saúde que passam a ter espaço na mesa de decisões do conselho iniciam as discussões em torno da **finalidade** do HC a partir de um questionamento do professor **Pasquini**: “atender ao doente ou prestar-se ao ensino?”. Esse é um dos primeiros momentos de reflexividade discursiva em torno do significado do HC. Nota-se que os constructos cognitivos para o HC estão sempre associados à sua finalidade.

Alguns professores observam que a finalidade primeira de qualquer hospital é atender o doente e que a função primária do ensino compete ao setor de Ciências da Saúde, daí a tentativa de segmentação do hospital em termos de responsabilidades na medida em que se coloca como responsabilidade para o HC a assistência e o ensino para o Setor de Ciências da Saúde. Essas definições de responsabilidades não ficam esclarecidas, considerando o

distanciamento entre o HC e o Setor de Ciências da Saúde – apesar de estarem na mesma estrutura física. Ousa-se comparar esse distanciamento a partir de recursos físicos: ambos estão na estrutura física do hospital e a entrada para as duas áreas acontecem em lados opostos.

Na época a Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura **defende que a primeira finalidade do hospital escola é o atendimento ao doente**. A partir daí nota-se que o MEC estabelece critérios para hospitais universitários incumbindo-os da missão de fazer assistência e ensino, repassando paulatidamente responsabilidades orçamentárias do hospital a outros ministérios.

Embora alguns professores considerem que atendimento e ensino não podem dissociar-se, mas que se tiver de haver uma priorização o atendimento deve ficar em 1º lugar; outros já percebem a inevitabilidade dessa realidade a partir do momento em que os primeiros convênios foram firmados.

O resultado dessas discussões culmina na tentativa de se fundir as duas proposições numa mesma finalidade, já que parecem indissociáveis: “promoção, proteção, diagnóstico, recuperação e reabilitação da saúde”, embora esse enunciado tenha concentração de elementos de assistência.

Na mesma velocidade que o conselho cria cargos e posições também os retira de cena ou submete a novas condições. É decidida em conselho, a retirada da função de vice-direção do HC passando a posição de assessoria. Importante salientar que esse cargo não foi claramente definido, tampouco ocupado, bem como seu representante não tem participação no Conselho de Administração do HC.

As relações entre o HC e o Departamento de Clínica Médica são rediscutidas durante reuniões de conselho. Tais discussões são postas por professor da clínica médica, que insiste na discussão em torno do Regimento, agora pondo em relevância a interrelação entre o departamento de Clínica Médica e Direção. Para este professor a atual estrutura administrativa é “fragil, pois casuísmos e circunstâncias peculiares são capazes de desencadear uma indesejosa dualidade administrativa”, tal afirmativa é lançada em no mínimo duas ocasiões registradas. Na sequência desses fatos tanto a Direção do HC quanto a Direção de Clínica Médica são decididas por votação, tendo mandatos de 4 anos. Ao final de 1982, o novo Regimento prevê seção de Transplantes de Medula Óssea com espaços específicos, diferentes

de outros transplantes. Salienta-se que o referido agente adota como conduta estratégica o questionamento acerca de pontos essenciais do hospital, tendo como conseqüência a conquista por novas posições e espaços para sua área.

Dentre as primeiras intervenções na atividade da direção de professor da neurologia, são apresentados aos chefes de departamento elevados números de prontuários com problemas de preenchimento. É solicitado empenho junto aos médicos do Corpo Clínico. Tais solicitações derivam do fato de ser lançada uma **Portaria (28/09/1982)** que exige o documento denominado de AIHU - Autorização de Internação de Hospital Universitário. Essa Portaria também estabelece a **obrigatoriedade de auditores da Previdência** a supervisionarem as atividades do convenio no HC. As possibilidades de atendimento/internação a pacientes sem a mínima regulação passa a ficar limitada. Esse documento constitui num dos primeiros mecanismos de regulação externa quanto ao atendimento a pacientes.

Confirma-se o que todos já contatavam em 1984 quando o MEC anuncia que responsabilizar-se-á **tão somente pela folha de pessoal** e as despesas de custeio correrão 100% por conta dos próprios hospitais. Repensa-se sobre a posição **docente-assistencial**. Observa-se que os circuitos de reprodução do HC no que tange à reflexividade sobre as finalidades do HC passam a ser geradas a partir de movimentações exógenas por parte de órgãos governamentais, em princípio em nível federal, bem como estão associadas na maioria das vezes a recursos alocativos e sustentabilidade organizacional.

E por falar em assistência e convênios, os novos contextos do HC em termos de missão levam a algumas situações de comprometimento por parte dos professores anteriormente não demandadas nas mesmas proporções. Um dos membros do conselho, prof. Coriolano em 1983 já reclamava sobre o **baixo comprometimento** de professores mais jovens quanto ao atendimento a doentes, limitando-se a dar aulas. Essa falta de comprometimento dos professores quanto à assistência não é anunciada apenas entre os professores mais jovens. Essa constatação se manifesta nos corredores do hospital por todos os anos muitos professores “só aparecem durante as manhãs, nos horários de aula, mesmo os de jornada integral”. Tais condições foram levantadas na maioria das vezes como ‘comentários’ soltos sem identificação de áreas específicas, ou professores específicos. Quando o problema é de muitos não é de ninguém. Na sequência serão levantados outros eventos acerca desse tema. Embora o comprometimento, via cumprimento de jornada passe

a ser recorrente discurso, a maioria dos professores estabelece práticas reconhecidamente legítimas, no mínimo aceitas entre os membros, relacionadas ao fato de se trabalhar em clínicas próprias ou em outros hospitais. Essa dimensão moral implícita nos discursos é apelo fundamental acerca do que é um professor, porém agentes passam a compartilhar o significado de que faz sentido ser um profissional que tem outros compromissos particulares. A maioria dos professores então atua em clínicas, hospitais ou consultórios particulares.

Em 1987 o serviço de radiologia é considerado como serviço de utilidade geral, não uma disciplina de clínica médica. Esse serviço, em acordo com professores tem defasagem de 40 anos. Nota-se aí a hierarquização das atividades consideradas **Serviço e Disciplina**. Na mesma época busca-se evitar a descentralização de alguns equipamentos e serviços no HC, como a Radiologia, diferente do que acontece na ecografia. A saída encontrada para o Serviço de Radiografia é a criação da posição de Chefe Operacional do Raio X, visando a centralização do serviço para as demais áreas. A **centralização** nesse caso poderia ser compreendida a partir da **falta de especialização** da área. Nota-se aí que a disposição dos recursos alocativos e autoritários implica no posicionamento de atividades no hospital destacando esse campo como arena de luta entre grupos com acessos desiguais a necessidades materiais (Bourdieu, 1984).

Numa retrospectiva feita em 1988, a década de 70 é considerada como década dos milagres, pelo desenvolvimento da saúde, e a discussão em torno da questão HC como centro de referência estadual, diferenciação via níveis de complexidade e tecnologia de ponta está gerando em acordo com professores - “**uma proporcional atrofia dos espaços disponíveis para ensino.**” A atrofia de espaço está associada ao que já fora avisado pelo Reitor da UFPR, mas é necessário ressaltar que **espaço** aqui tem conotação de **tempo** na medida em que se intensificam os atendimentos em termos de números de leitos e pacientes a serem atendidos no mesmo tempo dedicado anteriormente ao **ensino**. Destaca-se também a **nostalgia** manifesta no final da década de 80 acerca da década de 70 – no tempo em que se fazia mais ensino do que assistência, no tempo em que o MEC se responsabilizava pelo custeio dos hospitais universitários.

Agora agentes vêm-se diante de discussões em torno do **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde**. Assumidamente esse processo (convênios Previdência) sempre foi **puxado** pela Secretaria da Saúde e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (08/88). Importante salientar que professores e chefes de departamento já não dispõem

de mecanismos legítimos (legais) para **puxar** pacientes. A **prática da escolha de material didático** não é mais possível. Agentes compreendem que o significado disso é que o **ensino** **sujeitado à assistência**.

Em 1989, a partir da Direção Geral do HC é lançado o Plano Diretor do Biênio 89-90. Nesse plano recorrem debates acerca da finalidade do HC a partir de termos como **identidade** em meio a questões de natureza rotineira.

Plano Diretor do Biênio 89-90

- Identidade institucional;
- Identidade vocacional;
- Identidade jurídico-organizacional;
- Identidade comportamental;
- Autoconhecimento e engajamento institucional;
- Organização do trabalho e modernização administrativa;
- Projetos: portarias, roupa, vestiário, farmácia, informática dentre outras áreas funcionais;
- Banco de idéias;
- Pronto-socorro norte.

È possível perceber que esse período marca uma maior preocupação com a articulação institucional à promoção de melhorias no atendimento à população – a sociedade atendida passa a fazer parte do contexto de referência para a condução de práticas de ensino, pesquisa e assistência. Nessa época o referido diretor geral sublinha que o **HC tem como vocação fundamental, contribuir para a melhoria da saúde da população através de 3 linhas de ação: assistência direta a saúde; formação de recursos humanos; pesquisa pura e aplicada**. As qualificações para o HC se concentram em: “Gigante e Complexa”. Gigante pelo número de atendimentos, profissionais envolvidos; e complexa, dado o fato de precisar articular três funções que parecem simbióticas na consciência discursiva, mas para muitos, inviável em termos práticos. Algumas argumentações de professores, diretores e chefes de departamento ilustram esses adjetivos.

Entre os temas desse debate também recorrem as limitações do hospital como: falta de comprometimento de parte da **massa crítica** em alguns departamentos com relação ao nível

de excelência. Essa massa crítica, a que se refere um professor da Pediatria está associada ao quadro docente dos cursos, em especial, da área médica.

Um dos professores afirma que o HC é **como empresa** e sugere aumentar leitos, produtividade e mais receita. Em decorrência disso, é solicitado que **cada departamento indique chefes dos serviços médico-assistenciais** de suas áreas. Para o Departamento de Saúde Comunitária o HC dentro da limitação do departamento deverá ser *a priori* um hospital universitário e não um hospital-empresa. A direção se compromete com os SATDTs e Unidades Especiais de Internação e Ambulatoriais. Essas indicações, na percepção da direção do HC são reservadas para facilitar a atuação do **docente-assistencial** e a integração assistência-ensino-pesquisa. Para o diretor geral **todos os docentes deveriam ter também funções assistenciais**, porém a direção não pode impor aos docentes tais atividades ainda que tenha obrigação de controlar as atividades quando desempenhadas por qualquer médico, o que significa dizer que é de critério departamental e dos professores definirem se vão participar da assistência ou não. A base de argumentação da direção geral do hospital é de que:

“O bom ensino de medicina só pode se dar em um hospital que pratique uma boa assistência”. (06/1989)

Nota-se a segmentação de atribuições da assistência, com a direção e ensino e pesquisa com os departamentos, impossibilitando a sonhada integração. Salienta-se também a agência que os departamentos têm com relação às decisões do HC quanto à assistência. Tais relações de poder se sustentam em recursos autoritários derivados de demarcações territoriais/físicas e de especialidade. Ilustra-se com uma preocupação de uns dos professores quanto ao fato de o **departamento perder seu poder**. Como resposta para essa questão, a direção avisa que não, pois estaria sendo concedido poder não apenas sobre ensino e pesquisa, mas também sobre a assistência.

Para a direção do HC, este foi criado com **serviços**. Porém agora precisam ser chefiados.

“Se os departamentos e as disciplinas quiserem chefiá-los, podem fazê-lo desde que integralmente e com competência. Caso contrário o hospital vai precisar designar a chefia pois os serviços não podem ficar **acéfalos** nem com chefias parciais ou incompetentes”. (Direção Corpo Clínico, 06/89)

Além dessas responsabilidades entre os departamentos a **informação** passa a ser critério para o bom atendimento dos pacientes em termos de “bom andamento do serviço e encaminhamento de doentes”.

Em setembro de 1989 discute-se o convênio entre HC e Hospital Cajuru, para Residência Médica, visando sanar os problemas com as cirurgias de emergência, considerando que o HC ainda não dispõe de pronto socorro, o que também é motivo de reclamação por parte de alunos.

Nessa época alguns departamentos se manifestam menos participativos nas decisões do HC em termos de conselho: Patologia e Saúde Comunitária. Dentre as mais ativas configuram a Clínica Médica, a Cirurgia, a Pediatria, a Tocoginecologia e Otorrinolaringologia. Como exemplo de atuação a inauguração das novas instalações do Transplante de Medula Óssea, da Clínica Médica.

Em 1990, depois das discussões em torno das finalidades, da identidade do HC bem como depois da viagem de visita a instituições de referência nos EUA discute-se o Planejamento Estratégico do HC quando são expostas algumas análises acerca das condições e identidade do HC e as condições de seu ambiente.

“Em relação às características do HC: é um hospital público comprometido com a saúde da comunidade, que presta assistência em todos os níveis, sendo um hospital multiespecializado. É um hospital de grande demanda, que vem do estado e de outros estados, ate inclusive do exterior. É uma clientela extremamente variada, mas provavelmente das classes sócio-econômicas mais pobres, e barra ou com doenças de maior complexidade. Somos uma escola formadora de recursos humanos para a área de saúde a nível técnico, de graduação e pós-graduação. Somos um centro de investigação e pesquisa com responsabilidade de promover conhecimento científico e tecnologia. Temos equipamentos modernos de alta tecnologia e alto custo. Nós somos uma instituição aberta e conveniada com outras instituições de nível nacional e internacional. Temos vários serviços de Excelência que são referência para o estado e até regiões maiores. Somos um hospital praticamente auto-custeado pelos serviços que produzimos através de convênios com o INAMPS, mas somos amarrados às normas da própria universidade. Temos um atraso administrativo e tecnológico, principalmente na área da informática. Temos um quadro de pessoal insuficiente e inadequado para fazer frente aos compromissos institucionais, complementado, também inadequadamente por um outro quadro da Fundação da UFPR. (...) Corremos o risco de deteriorar a qualidade tanto da assistência quanto do ensino e pesquisa pela massificação, pelos grandes números. E corremos uma doença que verificamos em nosso hospital, e desde há muito tempo, que é o tecnicismo, o organicismo e uma desumanização do ambiente, das relações interpessoais dentro da própria comunidade interna e, inclusive no tratamento dos doentes”. (Ata, 12/90)

É possível destacar que o início da década de 90 estabelece desfechos acerca de posicionamentos dos agentes do HC frente: sociedade atendida, convênios, comunidade interna e principalmente à UFPR. Quanto à sociedade se reconhece como hospital referência na assistência, embora desumanizado; com relação aos convênios, percebe como principal fonte de custeio via prestação de serviços, sua produção; no que tange aos funcionários e professores reconhece baixo nível de comprometimento dos profissionais e desumanização do ambiente de trabalho bem como do atendimento, fato já destacado entre alunos e residentes; a **UFPR aparece como fonte de amarras**, expressa principalmente na relação complicada com a Fundação, inicialmente utilizada como recurso possível ao recebimento de recursos, e na sequência como intermediária das contratações de funcionários constituindo um número crescente de contratações ao longo do tempo.

A direção geral, chefes de departamento, direção de setor de Ciências da Saúde também avaliam o ambiente externo do HC:

“Temos um Governo Federal em fim de mandato, uma grande dívida externa e interna e um grande déficit nas contas do governo federal (...) uma Lei Orgânica do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE em votação. Uma situação administrativa da universidade arcaica, emperrada, em fim de mandato. Um sistema estadual de saúde em mutação, ainda desestruturado. O INAMPS em vias de ser extinto. Convênio INAMPS/MEC defasado historicamente.”

Essas avaliações apontam para fins de ciclos em diversos níveis: o Governo Federal (saída de José Sarney), e posse de Fernando Collor de Mello (que mais tarde em 28/12/1990 sanciona a Lei orgânica 8.142 de que trata a Lei 8.080 acerca do Sistema Único de Saúde - SUS) pondo fim ao INAMPS.

A partir dessas análises são definidas as linhas gerais para 1990:

- Busca de fontes alternativas de recursos financeiros para investimentos e custeio:
 - Sociedade civil organizada
 - Agências de pesquisa
 - Empresas
- Implantação do programa de informatização do HC;
- Relações interinstitucionais para desenvolvimento científico e tecnológico;
- Expansão planejada da assistência;
- Tentativas de enquadramento dos funcionários da Fundação;

- Humanização no HC;
- Conscientização da comunidade hospitalar para entendimento do hospital e seus compromissos sociais visando identidade, engajamento e auto-realização pessoal.
- Divulgação à sociedade sobre o que o hospital é.
- Sensibilização de órgãos governamentais

A partir das definições gerais do HC para 1990 é possível perceber que as práticas de captação de recursos para pesquisa e assistência continuam centradas na estratégia de ‘passar o pires’, amplamente conhecida no hospital – o que tem fortalecido alguns agentes é justamente essa capacidade de captação de recursos das mais diversas fontes. Com relação à Sociedade Civil tem-se ações mais orientadas à sensibilização para a solidariedade com as condições do HC, que precisa divulgar mais informações acerca **‘do que é’; daí a noção de missão** em termos de números de assistência nas dezenas de serviços especializados, embora em outubro de 1990 o Serviço de Hemodinâmica do HC ainda ser terceirizado.

No final de 1991, o Plano Diretor de Expansão do HC prevê 420 leitos “para melhor adequação da área física a fim de acompanhar a evolução científica e tecnológica.” Dentro desse plano, recorre a **devolução** da Maternidade Vitor Ferreira do Amaral ao HC.

Quando o HC completa 30 anos, lembra-se de seu início, com 300 funcionários. Nota-se que os registros de seu início contam com 110 funcionários, não com 300. Os discursos centram-se nos números de atendimentos. O Reitor da época insiste na posição de que Hospitais Universitários destinam-se fundamentalmente ao ensino e não somente à assistência. O complexo HC deve estar integrado à UFPR, prestando serviços nas áreas de ensino, pesquisa e assistência, pois é este perfil “que idealizamos (reitoria) para o HC”. Isso, depois de 15 anos de achatamento do orçamento da universidade e em meio à insistência na incorporação ou isonomia de funcionários da Fundação a UFPR/Reitoria.

Em 1992 a Secretária Nacional de Ensino Superior, juntamente com Alceni Guerra do Ministério da Saúde, se acredita que os hospitais universitários não devem ser compostos somente por funcionários do Governo Federal e que os mesmos devem buscar outras fontes alternativas, o que fortalece as contratações a partir da FUNPAR.

Em 1994 é inaugurada a UTI – Neurológica no HC.

Finalmente, com a Inauguração do Pronto socorro – Boa Vista, o HC foi “pressionado a admitir/aceitar os médicos que trabalham no posto de saúde e a universidade sequer foi citada”, afirma professor do conselho. O Conselho formula um voto de repúdio oficial à administração regional Boa Vista, passando naturalmente pela Secretaria Municipal de Saúde. Esse episódio ilustra claramente a percepção de ‘invasão’ da Secretaria Municipal de Saúde acerca das deliberações tidas como intransferíveis do conselho de administração do HC.

O Departamento de Oftalmologia sobressai-se no sentido de participar de projetos de cirurgia de ‘cataratas’ contando 641 cirurgias realizadas em pacientes com cegueira. Por esses programas o departamento recebe prêmio internacional da área. Professor que chefia o departamento também recebe o prêmio Master entre todos os profissionais de oftalmologia do Brasil. Mais tarde, em 1997 já se discute sobre o projeto de construção do Instituto de Oftalmo/otorrinolaringologia a partir de parceria com o deputado Max Rosenmann. No início de 1999, o então Diretor de Ciências da Saúde comunica a aprovação da implantação de mestrado e doutorado em oftalmologia e otorrinolaringologia.

“O que demonstra que com pouca tecnologia, mas com bastante esforço dos professores médicos e até mesmo dos residentes, pode-se alcançar um resultado excelente, fazendo um serviço comunitário dos melhores que existe, com pouquíssimos gastos.” (Diretor de Ciências da Saúde, 1996).

A internacionalização da assistência também é fato no final de 94, quando argentinos são atendidos no Hospital de Clínicas. Esses eventos fortalecem o discurso da assistência de referência internacional. Em contrapartida o concurso público do HC é questionado por alunos e profissionais de diversas áreas: em especial psicologia e fisioterapia. Os pontos questionados: peso para avaliação objetiva e valorização do currículo, vagas fornecidas, igual a vagas ocupadas pelos funcionários. Um candidato com muitos pontos no currículo ultrapassaria a nota máxima.

No final de 1995 é desenvolvido o Anteprojeto de Regulamento do Centro Cirúrgico. São definidas as seguintes finalidades:

- Realização de Atos cirúrgicos;
- Promoção do Ensino e da pesquisa científica;
- Prestação de assistência no pós-anestésico imediato;
- Abastecimento de materiais esterilizados a todos os serviços do prédio central.

A chefia médica do centro cirúrgico será exercida por um professor designado pela direção de serviços médicos. O mandato da chefia médica do centro cirúrgico coincidirá com a chefia do departamento de cirurgia, podendo ser reconduzido por uma vez.

“VIII- Considerando que cirurgia é um ato que envolve estresse de cirurgiões, anesthesiologistas e auxiliares é importante harmonia entre os membros da equipe para que todos possam realizar a contento sua função. Desta forma, havendo divergências entre os membros da equipe estas deverão ser sanadas mediante intervenção da Chefia Médica do Centro Cirúrgico. Será considerada falta grave agressão verbal ou física entre membros da equipe.” (18/12/95)

Observa-se a consolidação de algumas áreas do HC a partir de mecanismos de formalização operacionalizados em Regimentos que estabelecem em primeiro lugar as finalidades, seguidas pelas definições de hierarquia, passando pela regulação das relações.

A criação de ambulatório de saúde do trabalhador como fonte alternativa de renda ao hospital é criada para atender empresas na realização de exames e laudos com fins trabalhistas; e entra em cena com um pouco de força o Departamento de Saúde Comunitária, que abre a especialização em Medicina do Trabalho em decorrência dessa necessidade. Em 2000, esse Departamento lança a Conferência Municipal “**SUS no 3º Milênio: Em Defesa da Vida**”, o que demonstra forte adesão aos programas de assistência. O departamento de Saúde Comunitária tem apresentado maior afinidade com os propósitos do SUS em termos de saúde pública, principalmente porque a natureza do seu serviço está associada à demanda social local de atendimento priorizando ações mais preventivas do que curativas. Embora tenha afinidade com o SUS essa área não se destaca no HC em decorrência deste se direcionar a atendimentos de alta complexidade, valorizando a especialização.

Agentes percebem a necessidade de revisão do Regimento do Corpo Clínico – aprovado em 1965. Essa solicitação do Diretor do Corpo Clínico do Hospital é derivada do estímulo do Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina. Internamente é criada uma Comissão composta de Chefes de Departamento, diretor do corpo clínico e um convidado especial. O regimento já teria sido iniciado junto com a “confecção do organograma do hospital”. Não há registros desse regimento. Reitera-se a falta de ‘memória’ no HC. Em algumas situações pela falta de registro, em outras pela mudança na composição dos novos grupos, em outras pelo interesse de seus agentes. O acesso a informações consiste num dos recursos fundamentais à continuidade e à mudança promovidas por empreendedores institucionais.

Com relação aos plantões do HC, um dos grandes problemas da instituição considerando que plantonistas não poderão mais ser contratados pela FUNPAR, bem como a alta rotatividade dos profissionais, agentes sugerem a contratação de plantonistas por meio de Cooperativa ou associação, isso para driblar com a rubrica custeio, não pessoal. Pensa-se no problema enquanto lançamento contábil, muito mais do que em termos de conteúdo da prática do plantão. O plantão continua sendo foco de problemas, em especial com os plantonistas.

Problemas recorrentes como o **cumprimento da jornada de trabalho** são rediscutidos no final de 1998, quando o Diretor Geral enfatiza a necessidade de se estabelecer uma estratégia de trabalho para estimular o cumprimento, na íntegra, da jornada de trabalho pelos profissionais da área médica do hospital, **tendo em vista que muitos médicos cumprem apenas uma parte de sua jornada, acarretando situações delicadíssimas e constrangedoras nas direções e serviços.** É aplicado questionário solicitando informações sobre duplo vínculo com a instituição, e detalhamento de atividades, a serem feitos pelos próprios envolvidos. Reforça-se a importância de integração entre os serviços do HC, direção e conselho de administração. Como mecanismo integrador, apresenta-se a ficha do **Plano de Trabalho Individual dos Médicos.** É possível perceber que os conceitos de gestão agora são lançados ao grupo de professores médicos. Essa medida não teve os efeitos esperados, considerando a continuidade dos problemas, mais tarde investigados pelo Tribunal de Contas da União.

A integração entre ensino e assistência se apresenta inviabilizada a partir de dilemas que persistem através do tempo. A quem ficam subordinados os procedimentos? Direção Geral ou Direção de Setor? A Direção do Hospital, do Setor de Saúde e chefes dos departamentos de ensino e docência entram em debate para definir a possibilidade dos departamentos de assumirem as responsabilidades sobre os Serviços Assistenciais efetivando essa integração. Dentre os professores mais atuantes nessa integração está o prof. José Sória Arrabal, do Departamento de Tocoginecologia, em especial com relação aos convênios com a Secretaria Municipal de Saúde com programas relacionados à Atenção Materno-infantil.

No final de 1999 a ABRAHUE e SUS completam 10 anos de existência, quando se discute sobre a **Acreditação Hospitalar**, via ONA - Organização Nacional de Acreditação. Em evento envolvendo hospitais universitários e SUS discute-se: a permanência do vínculo dos hospitais às universidades; inserção dos HUS no SUS com a garantia de preservação da autonomia; reversão do financiamento dos hospitais universitários desvinculado da produção.

Destaca-se que nessa época MEC/MS continuam convênio até 2002, prevendo repasses do MEC de 60 milhões por ano aos HUS, bem como, que professores desses hospitais insistem na relação com o MEC rejeitando laços com o Ministério da Saúde.

O Programa de Cirurgia de Epilepsia é referência no HC desde 1997, anunciado em 2000 quando foram relacionados os valores pagos pelo SUS, tendo como conclusão que esse **‘procedimento é bastante lucrativo’**. Aproveita um professor para lembrar a existência de problemas de infra-estrutura para aumentar o número de atendimentos, que é intenso. A estimativa de **produção anual** R\$ 2.418.100,00 e cogita-se a ocupação de espaços do 4ª andar, anteriormente direcionados ao atendimento particular. Enquanto isso a Cardiologia reclama há um ano as dificuldades com relação aos exames laboratoriais feitos com o kit CKMB; equipamento não funciona adequadamente em função da incompatibilidade do reativo fornecido por empresa do setor farmacêutico. O serviço de Pronto atendimento é tido como uma das áreas mais críticas do HC. As relações com os convênios têm feito com que algumas áreas se apresentem como lucrativas, o que as torna interessantes e viáveis para a direção do HC. A alocação de recursos passa a seguir esses critérios.

O Diretor do Setor de Ciências da Saúde defende que servidores e contratados pela FUNPAR tenham direito a voto para reitor. Na sequência, ele é eleito o próximo reitor da UFPR.

Em 2003 o Secretário Geral da Secretaria de Educação Superior do MEC e a Coordenação dos Hospitais Universitários (cargo criado com o Novo Modelo de Gestão do HC) procuram estabelecer políticas centradas na educação para estabelecer política de ensino superior centralizada na educação como estratégia para desenvolvimento. Nessa época o MEC pretende repensar a universidade como um todo: seu modelo de gestão, seu papel na sociedade, sua inserção e valorização social. São lançados R\$ 50 milhões do MEC para o custeio dos hospitais universitários. Recursos que distribuídos entre todos os 45 hospitais consistem em ‘migalhas’.

Em 04/06/2003 é realizada reunião convocada pelo coordenador da Comissão Interinstitucional dos Hospitais Universitários do Ministério da Saúde para tratar da “Situação Atual dos Hospitais Públicos do Paraná”. Foram convocados reitores e diretores dos HUS de Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel. Essa é a primeira vez que se formaliza a interação entre os hospitais universitários do Paraná. As secretarias municipais e Secretarias de Estado

da Saúde e de Ciência e Tecnologia do Estado do Paraná também participam. O objetivo da reunião consiste na discussão de temas ligados à realidade da gestão e da atenção à saúde dessas instituições, visando definir ações voltadas à **melhoria da situação financeira, organizativa e de gestão; definição do papel desses hospitais nos sistemas locais de saúde e sua inserção adequada no SUS**. Também consiste na orientação e formulação de políticas nacionais visando uma assistência de qualidade para os usuários e as intenções de atendimento referência. Dentre as medidas o congelamento do FIDEPS e a sua incorporação ao custeio dos hospitais universitários, bem como a criação de outras medidas para dar incentivo ao **ensino, pesquisa e extensão** através de uma **nova e criteriosa certificação**, já que uma das grandes preocupações dos ministérios é a inserção dos HUS como agentes de **atendimento baseado na formação de recursos humanos**.

Só em 2004 é criada a Direção de Ensino e Pesquisa com a anuência do reitor, visando à interação entre o HC e os cursos e cuidando do relacionamento do hospital com o ensino e à pesquisa e dando assistência não somente à medicina, mas às outras áreas da saúde também. O chefe do departamento de Pediatria resgata as discussões em torno da finalidade do HC e comenta que este **deve ter como missão primordial o ensino**, considerando que os regimentos internos da UFPR afirmam isso, entendendo que **no organograma a missão é assistência e o ensino é o meio**. Em momento de **prestação de contas** com o reitor Moreira sobre como andam as unidades funcionais (novo modelo de gestão), o reitor pondera que a **fonte de subsistência se dá pela assistência**. Para o representante dos servidores técnicos **o hospital é primeiramente de ensino depois de assistência**. O diretor de Ensino e Pesquisa, ressalta que a discussão sobre a missão do HC é relevante, e defende o posicionamento do reitor quando afirma que **há necessidade de buscar a sobrevivência da instituição nesse novo contexto**, procurando dar sustentabilidade e forças para que tanto o ensino quanto a assistência avancem. O diretor de Ciências da Saúde tenta simbiose quando assume que **a participação da assistência no ensino é indissolúvel e que a assistência tem que permanecer para viabilizar o ensino**. Para este, **o ensino realmente participa da atenção e deseja ser informado dos nomes dos docentes que porventura não estiverem envolvidos nos atendimentos**. Manifesta necessidade de se discutir como participar ativamente e produzir mais, essa última parte do discurso ‘discutir como participar ativamente e produzir mais’, é mais tarde, em 2007, questionada e criticada pelo próprio diretor. Outros professores manifestam **dificuldades no ensino devido à política do governo, que busca cada vez mais transformar os hospitais universitários em hospitais terciários e quaternários**. Também

manifestam dificuldades com a integração entre o hospital e os demais cursos da área de saúde da UFPR (14/07/2003 p. 41).

“Então na verdade a gente tem um conflito entre um hospital que é um hospital escola que agora tem que trabalhar como um hospital assistencial pra sobreviver e uma clientela que é de alunos que não tem a mesma necessidade de assistência. O hospital pra sobreviver ele precisa ser grande, um hospital pra ensinar ele não precisa ser grande, ele não precisa ter grande movimento. O hospital pra ensinar ele precisa ter um movimento contínuo e que interessa paro o ensino. **O volume de atendimento, o grande volume, não é importante para o ensino.** Mas se o hospital não tiver grande volume ele não tem renda e aí ele não se sustenta. Então é uma equação difícil de fechar nesses últimos anos, um hospital que ao mesmo tempo precisa ter renda e fazer procedimentos complexos, do outro lado precisa ensinar e pra isso precisa de procedimentos menos complexos.” (Direção Ciências da Saúde, 2007)

Na declaração do Diretor de Ciências da Saúde é possível perceber a dificuldade de se equacionar ensino, pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas, principalmente pelo fato de os objetivos se apresentarem contraditórios para professores, em especial no que tange à quantidade de atendimentos que intensifica o ritmo bem como às escolhas sobre que atendimento prestar: primário, secundário, terciário? Essa é uma questão ainda pouco esclarecida entre os próprios membros do hospital.

Um dos professores da tocoginecologia, que estava na Secretaria do Estado, resume a história do HC no final de 2003. As afirmações desse professor conflitam com a posição do Diretor de Ciências da Saúde:

“No início o HC era totalmente orçado e tinha como objetivo principal o ensino da medicina, com uma parte social de atendimentos a indigentes. Nas décadas de 70 e 80 passou a atender também os segurados do INAMPS e estava inserido no sistema como prestador de serviços atingindo os objetivos de assistência e formação de recursos humanos. Em decorrência do movimento político desencadeado na época, os hospitais universitários deixaram de receber financiamento do Ministério da Educação e passaram a depender, para seu custeio, de seu faturamento junto ao Ministério da Previdência, e a seguir ao Ministério da Saúde. Esta decisão sustentou-se pelas duas décadas seguintes, tendo sido ratificada pela constituição em 1988 e pela lei 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde (...) Serve como referência nacional e internacional em determinadas especialidades (transplante de medula óssea, transplantes em geral, tratamento cirúrgico de epilepsia, banco de ossos, etc). Tem dificuldade de suprir recursos humanos em áreas críticas: emergência, UTI, centro cirúrgico e pronto atendimento. A missão deste hospital de clínicas é a **formação de recursos humanos na área de saúde , graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado; atendimento a população. Do ponto de vista do ensino e da habilitação profissional, o treinamento em serviço de uma grande massa de alunos exige que**

um grande volume de pacientes esteja em atendimento, de modo a oferecer oportunidades de aquisição de experiência, sem sobrecarregar um mesmo paciente com diversas abordagens de mesma natureza. Solidário aos preceitos constitucionais, o Hospital de Clínicas da UFPR é hoje um hospital plenamente integrado ao SUS, **seu único cliente e financiador**, aberto ao setor de Ciências da Saúde da UFPR, **que acopla à assistência praticada no HC suas atividades de ensino, pesquisa e extensão** – missão tríplice e indissociável da universidade. Gasta 40% dos recursos do SUS com funcionários terceirizados (FUNPAR).”

Em outra ocasião se volta a discutir a finalidade do HC e o Diretor Geral pronuncia:

“O Hospital de Clínicas não é um estabelecimento de ensino – é um hospital de fato e de direito, comprometido com a assistência multiprofissional e interdisciplinar daqueles que se confiam ao cuidado do HC. É um órgão suplementar da UFPR destinado ao exercício de seus compromissos com o ensino, pesquisa e extensão. O poder central, ao descuidar do quadro de pessoas do HC, não prejudica somente ao ensino, a pesquisa e a extensão, mas fere profundamente um bem essencial à luz de qualquer raciocínio: o acesso daquele que sofre a dor, a doença e a ameaça da morte à assistência médico-hospitalar. A FUNPAR nada mais fez do que viabilizar com os recursos do faturamento do próprio hospital, a manutenção dos serviços hospitalares.”

Reitera-se aí outros conflitos de posicionamento acerca das práticas de ensino e assistência: de um lado, professores e diretor de Ciências da Saúde que defendem a idéia de que ‘o volume de atendimento, o grande volume, não é importante para o ensino’; por outro lado se defende que ‘do ponto de vista do ensino e da habilitação profissional, o treinamento em serviço de uma grande massa de alunos exige que um grande volume de pacientes esteja em atendimento, de modo a oferecer oportunidades de aquisição de experiência, sem sobrecarregar um mesmo paciente com diversas abordagens de mesma natureza’. Tem-se ainda a afirmação clara da direção do HC de que este ‘não é um hospital de ensino’. Resta saber se a consciência discursiva desses agentes se expressa em que medida às práticas considerando as contradições já expostas. Uma das razões para tais inconsistências estaria concentrada na posição prática desses agentes: docência, direção de setor, secretaria de saúde e direção do hospital.

Com relação às proporções da FUNPAR expostas pelo prof. Sobânia é possível perceber a situação a partir das proporções de funcionários da Funpar em comparação com os Funcionários do MEC: 1995, 58,01% Funpar e 49,99% MEC; 2003, 41,23 Funpar e 58,77 MEC. O que implica afirmar que sem os funcionários da FUNPAR o HC teria redução

drástica de atendimentos que em 2004 chegam a 51.946 consultas/procedimentos mês. O problema é que já foi movida Ação Civil Pública interposta pelo Ministério Público do Trabalho condenando a contratação via FUNPAR. Juiz e representantes do Ministério Público se sensibilizam com a situação do hospital, mas têm dificuldade de prever a sentença. Os funcionários da Funpar sem dúvida consistem num dos maiores dilemas sociais a serem enfrentados não apenas pelo HC, mas pela UFPR e pelo ministério público que precisa se posicionar de maneira a seguir orientações legais, mas que por outro lado percebe-se impossibilitado de cumprir tais determinações por conta das pressões sociais à continuidade da instituição.

Em fevereiro de 2006, se discute a natureza jurídica dos HUS na ANDIFES (Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior): **empresa pública, autarquia ou gestão através de fundações de apoio**. A preferência é por Empresa Pública, nos moldes do HC de Porto Alegre, que há 35 anos funciona com **boa situação financeira**. Esse modelo é interessante para os agentes do HC e de outros hospitais universitários porque **prevê o financiamento direto dos hospitais pelo Tesouro Nacional e não pelo Ministério da Educação**. Além disso, permite contratação e substituição de trabalhadores através da CLT; as contas são submetidas à supervisão ministerial e controle pelo TCU e; sua organização administrativa prevê um conselho diretor. A Fundação é outro caminho porque **proporciona agilidade na substituição e contratação de pessoal através de concurso público simplificado**. A ABRAHUE é favorável à empresa pública ou fundação pública de direito privado, mas é a ANDIFES que inicialmente decidiria, o que ainda não aconteceu.

Em junho de 2008, o Reitor pede exoneração concluindo a estreita relação entre reitoria e a direção do HC. Alguns chefes de departamento, como o da Tocoginecologia apontam que os profissionais da área médica deveriam considerar a possibilidade de colaborar na eleição do reitor à prefeitura de Curitiba, visto que é um médico conhecido e que pode resolver politicamente as questões do hospital.

Os candidatos à reitoria têm espaço para divulgar suas campanhas no conselho de administração. Um dos candidatos do curso de Farmácia afirma:

“nós que vivemos a instituição entendemos e conhecemos os seus problemas, não fomos ouvidos em várias determinações por interesses puramente pessoais e

partidários. A universidade é uma instituição de cem anos, que foi abandonada por interesses pessoais.”.

Final de 2008, depois de 8 anos de luta foi aprovada uma legislação que regulamenta o **pagamento dos plantões hospitalares aos servidores da área médica e de outras áreas**. Depois de provada a necessidade de plantões e regulamentado também o pagamento da Supervisão a Distância – sobreaviso, bem como os plantões para finais de semana, feriados e período noturno. Curiosamente, o plantão passa a ser disputado no hospital; e o diretor geral resolve fazer a **distribuição considerando profissionais que estão há mais tempo no HC**. É salientada a importância da **participação dos professores**, especialmente porque o MEC autorizou a residência multiprofissional.

4.1.1 Estruturas de Interpretação atuais

Alguns agentes do HC apresentam seu percurso basicamente a partir de duas eras distribuídas antes e depois do Sistema Unificado de Saúde. Muitos confundem esses episódios com os convênios anteriormente estabelecidos com o INAMPS. Marcante é o fato de a maioria admitir não apresentar reflexão discursiva e prática aprofundada do percurso, limitando-se a explicações de natureza alocativa, em especial financeira.

“Cada dia que eu abro uma porta tem um esqueleto que desce. Então eu considerava que era uma das pessoas que conhecia o razoavelmente de HC antes. Porque talvez eu seja o indivíduo que tenha o maior tempo de COAD, eu possivelmente devo ter uns 20 e poucos anos de Conselho de Administração do Hospital. Chefe de departamento. Eu fui Coordenador Geral da Residência Médica do hospital por 10 anos. Fui Chefe de Cirurgia Patológica por muito tempo. Fui membro do Colegiado do Curso de Medicina por muito tempo, participei de várias Comissões então eu achava que conhecia. Mas ninguém conhece o HC. Ninguém conhece o HC. (...) O HC ele é um ser vivo e ele se modifica a cada momento. Quando você pensa que conhece uma área no dia seguinte ela não é mais assim. Porque? Porque no instante que entra outro chefe de departamento, entra um novo perfil. Ele automaticamente já pega o seu grupo e passa a querer agir de outra maneira. E você logo tem que passar a agir naquele grupo com uma outra conversa, com uma outra pessoa que muitas vezes não conhece nada. Foi levado a chefe por falta de opção. Ou se não ele não estava presente, ele foi indicado. Aí quando ele volta para o seu chefe. Mas como? Você não disse não. Você não estava presente pra dizer não. Então esse é um dos grandes problemas, a função de chefia é quase um constrangimento para as pessoas. Então essa é uma das grandes dificuldades que nós temos hoje na Universidade. Antes as pessoas brigavam pra ser chefe, hoje as pessoas fogem. Então elas só são chefes de uma maneira geral por um favor que deve a alguém. Essa é uma das grandes preocupações na nossa estrutura. É muito difícil”. (Entrevistado, Diretor Geral, 2007)

Nota-se a partir do discurso da direção que um dos fatores à dificuldade de compreensão integral do HC está relacionada ao fato de as relações entre direção e departamentos serem condicionadas a aspectos pessoais dos representantes chefes de cada uma das áreas. Agentes distribuídos em cada uma das áreas assumem posturas distintas com relação às rotinas relacionais com a direção do hospital, demarcando principalmente a existência oposições, não simbiose entre ensino, pesquisa e assistência. Essas dificuldades também são apresentadas pela Direção de Ensino e Pesquisa do hospital, mas interpretadas de outra maneira:

“Eu já peguei o primeiro momento entre o final da minha graduação e ali 74, 75 quando houve a primeira grande mudança no hospital, que de um hospital que só atendia os chamados indigentes e que, portanto, não precisava vender serviço 74 75 houve a primeira mudança quando o hospital começou a atender Fundo Rural. (...) Antes o hospital, só tinha servidores da universidade e ai a partir dessa época começou a contratar pessoas pela fundação de apoio porque a assistência começou a aumentar, aumentar, aumentar o que essa mudança significou é assim, antes dessa prestação de serviços toda assistência, tudo que se fazia em termos de assistência no hospital era por conta da faculdade de medicina, era por conta dos professores e dos alunos do curso de medicina. Então os ambulatórios, só ambulatórios das disciplinas do curso de medicina e assim por diante. Com esse aumento da assistência começou-se a formar um corpo médico, um corpo profissional, daí acabou não sendo, mais só médicos, outras profissões também e outras atividades de assistência que não estavam mais diretamente vinculadas ou relacionadas com a questão do ensino. E nessa mesma época o setor de ciências da saúde que antes só tinha o curso de medicina, o curso de odontologia e o curso de farmácia, começou com o curso de enfermagem e depois o curso de nutrição. Então se antes nós só tínhamos o estudante de medicina aqui dentro agora passou a ter estudante de medicina, enfermagem e nutrição. (...) Um outro momento assim, um momento que também representou um impacto no hospital foi no começo dos anos 90 quando a partir da constituição que estabeleceu o sistema único de saúde, o hospital se tornou praticamente responsável por buscar o seu recurso. O hospital passou a ser um vendedor de serviços. Mas com toda essa mesma cultura de que era o ensino, de que tinha as pontas e as pesquisas. Só que agora ele tinha que vender serviço e se sustentar disso. (...) Então eu sinto assim, são esses dois momentos eles não são assim muito precisos em questão temporal mas são dois grandes fatores que impactaram e que até hoje são determinantes na nossa vida. (...) Eu estou há vinte anos dentro do hospital, nesse estado, nessa situação e todo ano eu digo que vai mais dez, mas é assim, eu acho que morrer não morre, fechar não fecha, mas a qualidade vai cair cada vez mais (...) porque é notório essa involução, essa degradação, e o hospital vai envelhecendo. (...) Em termos de ensino o nosso hospital é o que mais forma médicos, é o que mais forma tudo, e mesmo no nível de residência, não só em nível de graduação, residência é o maior. (...) Mas sugestivamente falando, o ensino hoje está pior do que no meu tempo, eu acho que no meu tempo eu aprendi

mais apesar de que hoje é muito mais complexa a coisa do que no meu tempo. (...) Enquanto o hospital é a assistência, e o gestor (SMS) vê assim, todo mundo vê assim, o hospital é assistência. Durante muito tempo nós tivemos uns momentos bem febris de discussão, se a zebra é preta de listra branca, ou branca de listra preta, se o hospital de clínicas, é um hospital de ensino que faz assistência, ou é um hospital de assistência que faz ensino. (Entrevista, 2007)

As afirmações do diretor de Ensino e Pesquisa expressam que os fatores que agregaram complexidade e dificuldade de coesão estão basicamente associados ao fato de o hospital reunir profissionais de diversas áreas bem como de passar a se manter via convênios, colocando atores sociais em debates insolúveis entre ensino e assistência como dicotômicos. A exposição da direção administrativa apresenta outras variáveis, mais associadas à operacionalização das atividades em especial a alocação de recursos que trazem dilemas entre ensino, pesquisa e assistência:

“É difícil você conciliar essas três funções (ensino, pesquisa e assistência), porque na verdade o nosso principal foco ele tem que ser o ensino, mas quem nos paga é a assistência, porque a gente recebe por aquilo que a gente efetivamente produz (...) Então por exemplo, você vai comprar cateter, vai comprar um material médico hospitalar, em cima da sua demanda considerando os critérios de qualidade, custo, visando uma assistência adequada, mas muitas vezes para o ensino eu preciso ter um material diferente, preciso ter um produto diferente, preciso testar uma coisa diferente, eu preciso trabalhar com alguma coisa diferente para que o aluno aprenda, e isso conflita com o custo. Então nós hoje entendemos assim, que nós deveríamos ser vistos pelo gestor de uma maneira diferente. Nós somos diferentes de um hospital que puramente faz só assistência. Então o que é que eu tenho que pensar, eu tenho que avaliar quais são as doenças que a minha população tem, quais são as doenças que epidemiologicamente vão crescendo (...) assim do ponto de vista administrativo, puro e simples, a gente fecharia algumas unidades, trabalharia com aquelas que são de interesse do gestor, que é quem nos paga, que é o nosso convênio, é porque o gestor é o nosso convênio, então se o meu convênio quer comprar a especialidade de cardiologia tem que investir na cardiologia, comprar equipamentos, tem que ser um centro de referência e trabalhar em cima disso e fechar aquelas que teoricamente do ponto de vista financeiro me dão prejuízo (...) Só que nós não fazemos isso, porque nós somos um hospital de ensino, eu também tenho, o aluno também tem que ver o doente de HIV, que é um doente que fica meses internado, que consome muito produto e que teoricamente dá prejuízo para o hospital. (...) Do ponto de vista de pesquisa é a mesma coisa, porque você tem a pesquisa patrocinada (fármacos) que é aquela pesquisa que te dá um suporte financeiro teoricamente, mas você também tem aquela pesquisa do aluno de mestrado que precisa trabalhar com determinado tipo de paciente, e que você precisa atender aquela demanda e que você precisa arcar com o prejuízo de ofertar aquele número X de consultas (...) Esse é o nosso negócio, nós nascemos para ser isso. (...) Só que você vai trabalhando sempre com um déficit orçamentário. (Entrevista, Direção Administrativa, 2007).

A partir do relato da direção administrativa, outros dilemas de natureza pragmática se apresentam: como financiar o ensino e a pesquisa se o órgão gestor o SUS financia apenas serviços prestados e previamente contratados via Secretaria Municipal de Saúde? Destaca-se que as práticas de ensino e pesquisa ficaram inevitavelmente condicionadas às demandas públicas de assistência. Há que se tentar articular via Assistência às demandas de Ensino e pesquisa. Na sequência, destaca-se o posicionamento da Direção de Assistência, a área que mais se relaciona com o gestor via Secretaria Municipal de Saúde:

“Bom, o hospital ele foi mudando com o decorrer do tempo, quando eu entrei aqui a forma do financiamento é que determinou todas essas mudanças dentro do hospital. (...) O MEC nos dava uma mesada para ser um hospital escola, então ele trabalhava como um hospital escola, aqui só tinha os pacientes de interesse da academia, então era assim que ele trabalhava quando eu entrei. Então assim muitos pacientes ficavam internados muito tempo (...) Então conforme o SUS também foi mudando e as políticas de financiamento foram mudando e ele não é mais financiado pelo MEC, toda a parte de dia a dia é gerada pelo Ministério da Saúde que determina como os hospitais ensinam. Então hoje em dia a gente pode dizer, por lei tem que se adaptar às normas e às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Então eu tenho metas a cumprir com o SUS. Agora eu preciso da produção, eu preciso que o médico trate o paciente da melhor maneira possível, no menor tempo possível, e que também ele produza. (...) Porque todo o sistema de gestão do hospital percebe que se eu não me inserir com o SUS eu não vou ter o paciente. A finalidade também mudou, até porque no começo o hospital, era um hospital de média complexidade, os pacientes não eram tão complexos. Então o nível de complexidade do hospital, no decorrer dos anos cerca de uns quatro anos para cá, 2002, 2003 ele mudou a complexidade do hospital.(...) Só que o SUS não evoluiu em termos de financiamento da mesma forma que evolui em termos de complexidade.

Apointa-se pela direção de Assistência que um dos fatores de maior impacto no impasse é a contratualização de serviços de alta complexidade sem contrapartida de financiamento. Essa contratualização conforme será exposto na sequência do estudo não é derivada da escolha de departamentos de ensino, mas associadas ao custo dessa assistência em redes privadas de assistência. A direção de Clínica Médica apresenta mais versões para os dilemas enfrentados pelo HC:

“Olha do que eu observei estando aqui foram anos em que a sensação que a gente tinha é que o hospital era mantido pelo MEC, tinha problemas financeiros de vez em quando, mas que era tudo muito menor, tudo muito menor, muito menos. Para você ter idéia a minha especialização em gastroenterologia, os dois anos que eu fiquei lá a gente tinha uma sala de endoscopia, um aparelho, a gente fazia ambulatório uma

vez por semana, tudo era assim de pouco, porque tudo era pequenininho, tinha dez professores, onze professores, um dos residentes era eu. Hoje nós temos três professores e temos onze ambulatórios. Nós temos um serviço de endoscopia grande, com quatro salas em funcionamento, com equipamentos mais sofisticados. Então o serviço de endoscopia hoje é dez vezes maior do que era, o ambulatório é dez vezes maior, tudo nesses trinta anos se multiplicou por dez, e o número de pessoas trabalhando foi reduzido para um terço mais ou menos. Parece impossível, mas acontece. O diretor ficava aqui meia hora por dia e tal. Hoje o diretor fica oito horas por dia e ainda sobra coisa para fazer. Depois tem o Osmar Martins que também é um gerente de área administrativa, até certo ponto a gente não tinha idéia da administração hospitalar, não existia isso. (...) os médicos nunca foram de ficar muito tempo no hospital. Então o que acontece, o médico vem, faz o trabalho assistencial ou aula seja lá o que for, e vai embora porque tem outra coisa fora, para sobreviver melhor nisso tem que trabalhar. (...) Ninguém quer ser coordenador, ninguém quer ser chefe, ninguém quer ser nada, ninguém quer nada (...) porque esse negócio é complicado você põe a sua assinatura no papel, você pode ser preso daqui uns tempos. Paga mal, não tem gratidão nenhuma (...) cheguei a conclusão que seja o que Deus quiser. Mas eu sei que se de repente os ventos mudarem alguém pode me por numa fria assim, sem tamanho porque você vai tomar a melhor decisão para aquele momento.”

Para a direção do Corpo Clínico, além das questões financeiras a área Clínica passa a ser responsabilizada pelo que faz, pelo que produz na assistência. Tais responsabilidades se intensificam na medida em que o atendimento é multiplicado por 10 e o quadro de professores é reduzido em um terço. Tais condições explicam de certa maneira o fato de os professores não desejarem se comprometer com o atendimento para além do ensino, tendo em vista que as práticas anteriores possibilitavam que um professor que fosse diretor permanecesse no hospital meia hora por dia e tivesse condições de assumir outras responsabilidades com consultórios particulares, clínicas e hospitais. Para um dos professores, que também foi diretor de Corpo Clínico e é avaliador dos cursos de Medicina pelo MEC, o HC apresenta peculiaridades nas estruturas relacionais:

“Se você pensar no aspecto de hospital propriamente dito, do hospital como um hospital de ensino, a primeira grande transformação que o hospital sofreu foi no início da década de setenta. Até a década de setenta o hospital ele era uma instituição, a gente poderia chamar um laboratório da universidade para o ensino da medicina. Ele era uma atividade só voltada á faculdade de medicina, ele tinha suas atividades ambulatoriais e de internação voltadas exclusivamente para as pessoas não pagantes, como eram classificados naquela época de indigentes, e por serem indigentes eles eram um material de ensino e de estudo. Então aquilo (Funrural) foi uma cenoura por que era um dinheiro a mais que viria para as instituições universitárias, as reitorias e as direções dos hospitais naquela época viram isso como um potencial de crescimento

(...) Só que à medida que esse dinheiro foi entrando o Ministério da Educação foi retirando o dele. (...) Então sai um pouco daquela lógica do professor estar no ambulatório, escolher o cara que interessava para o ensino e ele ter que atender por situações de gravidade, por situações de necessidade social, pela população e fazer o ensino em cima dessa ferramenta. (...) Então essa foi a primeira grande mudança que afeta diretamente os hospitais universitários e com grande resistência das universidades os docentes entendem que os hospitais são entregues ao SUS. Eles não são entregues, eles constituem o sistema único por lei, por lei assinada. A Constituição prevê isso. (...) E é o grande conflito do que existe entre a universidade algumas pessoas da universidade, alguns docentes no sentido de entenderem que o hospital não é mais aquele laboratório de ensino e ele tem uma responsabilidade social muito grande e que ele tem compromisso com a assistência também, não só com o ensino. (...) fazer a docência, pesquisa e a assistência você conciliar essas três situações dentro de um mesmo objetivo, às vezes fica complicado. Cumprir um já é extremamente difícil (...) Embora o Ministério da Educação preveja a necessidade, pontua as universidades pela sua produção científica e todas as formas de avaliação hoje, por exemplo, só valorizam a produção científica (...) eu acho que está na hora de alguém levantar a bandeira e começar a discutir isso. O último concurso que a universidade fez liberações de 2002, 2004 mais de quinhentas vagas, desses que entraram, metade pediu demissão e já foi embora. (...) A saída para as instituições públicas é essa (Fundações), não tem outra saída. Embora os reitores tenham consciência de que isso é importante, nenhum deles se você falar individualmente no pé da orelha, ele vai dizer que é contra, mas nenhum deles vai peitar politicamente (...) O propósito maior do HC depois de tudo isso, é buscar uma eficiência de gestão, de qualidade de assistência e de ensino, passa por uma eficiência de gestão porque a eficiência de gestão ela produz qualidade de ensino e qualidade de assistência. (Entrevistado, 2007)

A exposição desse professor ilustra alguns padrões de interação que ainda persistem no HC e que estão associadas à relação com os pacientes como ‘material de ensino’ escolhido para estudos específicos. Professores se percebem diante da impossibilidade ou dificuldade de escolher pacientes para ensino e pesquisa bem como são compelidos a fazer assistência na medida em que tentam ensinar. Alguns, por falta de informação legal ou por resistência insistem no discurso de que o HC foi entregue ao SUS, o que mesmo que regulamentado pela Constituição parece. Um dos pontos que mais tem causado conflito e resistência entre professores e dirigentes do HC é o paulatino ‘abandono’ do MEC com relação aos hospitais universitários despojando-os de amparo financeiro e institucional na medida em que os expõem à assistência avaliando-os pelas mesmas práticas – a produção científica. Daí a dificuldade de se articular as três funções – ensino, pesquisa e assistência. Muito se tem discutido acerca da natureza jurídica dos HUS frente as dificuldades com recursos, e a Fundação para alguns, embora ainda controverso pelas reitorias, se apresenta como alternativa

desejada. Na sequência, são apresentados argumentos de professora que também é Coordenadora/Gerente de Planejamento:

“É indissociável hoje a assistência da academia, do ensino e pesquisa, não tem como um acontecer sem o outro. E aí tem pessoas da academia que elas acham que não precisam de assistência pra fazer a sua academia, o que é uma inverdade. Porque se a gente não fizer uma assistência de qualidade, a gente não tem um ensino de qualidade e uma pesquisa de qualidade. (...) E isso culturalmente é difícil de colocar pra aqueles professores que não entendem dessa forma. Então muitos professores aqui, eles acham que nos entregamos o hospital pro SUS, que nos vendemos o hospital pro SUS. Porque o SUS que manda aqui, porque nos temos que atender as consultas que o SUS quer. Realmente nos temos que atender as consultas que o SUS precisa, porque nos prestamos serviço pra eles. Mas isso não significa que nos não podemos fazer pesquisa nas áreas que a gente quer. Mas tudo isso precisa ser muito bem negociado tem que ter um aprendizado de ambos, da Universidade e do SUS. E nos somos ligados ao SUS, por uma questão legal. (...) Simplesmente a sobrevivência do hospital esta na dependência do SUS.

É possível perceber nesse discurso que é possível sim lidar com as três funções do HC, e com qualidade. Para essa professora e gestora esse caminho não tem volta, mas precisa ser negociado. A irreversibilidade dessas condições se manifesta via recursos alocativos e autoritários. O SUS foi instituído por mecanismo regulativos e se impõem na medida em que consiste no único meio legal de captação de recursos à sobrevivência, acompanhado também da irreversibilidade do MEC como principal fomentador dos hospitais universitários. A entrevista com um dos professores mais antigos do curso de Medicina ilustra as proporções da inversão ensino, pesquisa e assistência:

“E quando ele (HC) foi criado na realidade, ele era o laboratório da prática dos alunos da faculdade de medicina, que eram 160 alunos, só. Então isso aqui era... espaço sobrando... sobrava... cada professor tinha a sua sala, a sala de aula vazia. Havia se eu não me engano ao redor de 10 médicos pra trabalhar no hospital. Hoje nós temos 450 médicos, fora os residentes pra trabalhar no hospital. Com uma redução muito grande do número de docentes. Houve uma inversão. (...) Hoje tem mestrado, tem doutorado, e tudo isso desviou. Houve uma diminuição acentuada do numero de docentes médicos e ainda uma parte tá desviada pra especialização como um todo, pra pesquisa, porque hoje a carreira ela é feita muito mais utilizando o lado acadêmico, com a produção acadêmica científica do que com o atendimento ao paciente com o aluno, porque quase não pontua. Como é que substituímos isso? Contratando médicos pra trabalhar. Então passou a ter, antes eram 10, 15 estagiários ou residentes. Hoje nós temos 250 residentes. Fora os mestrandos e fora os doutorandos. Além de estagiários de vários outros cursos ou da Universidade ou de outras escolas temos aproximadamente 3.500 estagiários ao todo. Então hoje é uma cidade onde circulam aproximadamente 12 a 15 mil pessoas por dia aqui dentro, concentrado nesse prédio.

(...) Além disso a medicina ficou muito complexa, e com essa complexidade surge a necessidade de várias subespecializações. Então o número de ambulatórios vai aumentar cada vez mais. Você tinha conhecimento horizontalizado mas hoje ele é muito verticalizado.”

A partir dessa exposição além das proporções do HC é possível perceber que já se percebe por parte de alguns agentes que a prática da pesquisa consiste num ‘desvio’ para a área acadêmica científica – um desvio do ensino e da assistência, o que provoca a especialização e verticalização do conhecimento. Na sequência o discurso da área de Abastecimento fornecendo alguns indícios da prática de ensino com relação aos recursos materiais despontando para a estruturas cognitivas relacionadas à **racionalização**:

“Assim, então o médico precisava de alguém pra fazer uma pesquisa, um caso lá... E ele te para na rua... aí alguém que tava dormindo por aí... Dizem até as pessoas... Os mais antigos... Que chegava no final do ano e eles faziam um albergado, aqui alguma coisa, pra comer e passa o natal... (risos) mas é... O hospital como um todo, ele tem procurado fazer a assistência e o ensino juntos... O ensino acaba encarecendo também, pra nós, o hospital... Porque quem ta aprendendo desperdiça mais, perde mais, tudo mais... E ele, às vezes ele diz que aquilo é ruim, mas é também porque ele não sabe usar né... Então tem tudo isso... Talvez até tenha mesmo... Você pensar que isso... Conscientizando e trabalhando melhor com essas pessoas que tão aqui aprendendo, eles venham a trazer mais economia.”

A partir desse capítulo se expõe de maneira geral qual é a trajetória do HC com relação às práticas de ensino, pesquisa e assistência. Inicialmente tem-se um hospital que: serve de laboratório, com pacientes que são materiais de ensino, sustentados por recursos suficientes do Ministério da Educação. No momento seguinte se iniciam os convênios com Funrural, INPS que parecem à primeira vista atrativos considerando a entrada de recursos financeiros via ‘produção’ de atendimento. Mais tarde tem-se a Constituição e o SUS como órgão gestor da Saúde via Ministério da Saúde. À essa altura, o MEC já se despede das contas dos hospitais universitários entrando em cena em situações pontuais e providenciais. Essas mudanças exógenas implicam na construção sofrida de novas práticas de ensino, pesquisa e assistência. O detalhamento desse estudo estruturacionista é construído a partir de alguns temas, aspectos que auxiliam na tecitura do HC – UFPR. No próximo capítulo se apresenta o tópico Médicos Voluntários. Destaca-se a importância da prática de indicação de **médicos voluntários** no HC que constitui num dos passaportes de ‘entrada’ no HC para médicos e professores...

4.2 OS MÉDICOS VOLUNTÁRIOS

Um grupo curioso que perfaz a atividade do HC constitui-se nos Médicos Voluntariados. Na década de 60 começam a ser admitidos pelo Conselho de Administração do HC-UFPR. Como exemplo a primeira médica voluntária foi solicitada por professor.

O médico-voluntário no HC-UFPR tem antes um caráter de estudo, de aperfeiçoamento e aprendizado, que propriamente de trabalho, o que é contrário à norma que prevê a condição de voluntário a médicos. Para se ter uma idéia em 1962 foi estabelecido limitar o número de médicos voluntários a um número inferior ao número de médicos do hospital de clínicas e tais médicos passaram a também fazer plantão. O que indica que ainda no início do HC a assistência não era feita por professores.

Em 1968 exalta-se por todos os presentes a ‘imperiosa necessidade’ de maior volume de atendimento para a racionalização do ensino clínico. A tentativa de solução se dá pela admissão de médicos-voluntários, que sempre são solicitados/indicados por professores médicos e endossados pelo conselho de administração.

Um dos membros do conselho, em 1971 solicita alterações a respeito do voluntariado para médicos e em 1972 alguns professores protestam a presença de médicos voluntários no HC. Rucher opina que não se deveria mais admitir médicos voluntários uma vez que a relação médico doente é de 8:2, sendo mesmo o médico voluntário um elemento perturbador no serviço. Possível perceber em meio a tentativas de rotinização dessa prática o conflito entre os agentes dado às proporções de seu número no hospital. O diretor geral à época restringe ao máximo a entrada de médicos voluntários no HC, porém no mesmo dia de tal intervenção foram aprovados vários pedidos de entrada de médicos voluntários pelo mesmo conselho que este preside. Semanas depois, mais médicos voluntários são solicitados pelo chefe do Corpo Clínico. Ninguém questiona, e o pedido é aprovado. Em outra ocasião, outro professor solicita mais médicos voluntários e a solicitação é concedida.

A prática da indicação de Médicos Voluntários, embora questionada por professores que não tenham indicado médicos voluntários serve para vários professores como mecanismo de apoio à prestação da assistência, e como se percebe mais tarde, porque não do ensino. Em dezembro de 1975 – parecem diminuir as admissões de médicos voluntários. Isso se arrasta até 1977.

Em contrapartida, cresce o número de médicos residentes nas diversas áreas. Outras formas de entrada de médicos no HC também são empregadas, como os “**Professores Colaboradores**” que são contratados para disciplinas como Dermatologia, como membros do corpo clínico do hospital. Ainda tem-se a figura do “Assistente Voluntário” que assume jornadas durante as férias do professor titular, “sem ônus para o hospital”. Mais “estagiários” são contratados. Em 1978 mais médicos-estagiários são indicados por professor para disciplina de Oftamologia quando 11 candidatos são indeferidos e 7 aprovados de outras áreas... mais médicos-estagiários na sequência. Destaca-se que essas contáveis distinções têm como principal aspecto a ‘gratuidade’ para o hospital tendo em vista que todos fazem assistência e ensino. Muda-se o nome, mas as predisposições continuam as mesmas.

No início de 1986, curiosamente voltam em cena os médicos estagiários, na mesma época em que os residentes passam a fazer exigências, tanto da participação dos preceptores/professores durante os horários de residência, quanto a receberem remuneração pelo que fazem enquanto médicos.

No final de 1988, o Diretor do Corpo Clínico retoma a discussão sobre o que seja o ‘**professor voluntário**’, logo quando se discute sobre o Estágio e a não entrega de declaração sobre estágios no HC - um deslize de denominação 10 anos depois, acerca das reais funções do médico voluntário como responsável por atividades de ensino.

“se é uma figura (Professor Voluntário) permitida para regulamentação da universidade quando tempo atrás havia muitos professores nestes casos, que se dedicavam um ano ou mais, e depois ingressavam automaticamente na carreira do professor, hoje isto é mais difícil, porque existe o concurso público. (12/88)

Fica aí explícita a razão pela qual os profissionais se submetiam ao ‘voluntariado’. Nota-se aí o percurso encontrado por ‘médicos voluntários’ que exerciam atividades de **professor voluntário** desde o início das atividades do HC. Iniciava-se como voluntário; como prática automática de contratação. Destaca-se que a maioria dos professores da UFPR **foram alunos** da UFPR, entrando nos quadros inicialmente com voluntários, estagiários, e residentes.

Em 2002 se volta à discussão sobre os médicos voluntários determinando que sua atuação seja de 3 meses. Para a direção, os médicos voluntários contribuem para o funcionamento do hospital, porém sua permanência após o prazo legal gera vínculo

trabalhista. Em 2004, é registrada a admissão de médicos voluntários no ambulatório de ginecologia que sem contrato, sem vínculo empregatício, sem pagamento, é impedida de atender diretamente pacientes. O problema é que o hospital tem vários médicos voluntários trabalhando no HC diretamente. Como a maioria dos problemas lançados no conselho de administração, se resolve a criação de uma comissão para analisar a seleção e atuação dos médicos voluntários. Não foram encontrados registros do estudo dessa comissão.

Alguns professores e dirigentes do HC conhecem esse percurso:

“Tenho muito tempo de HC, desde que eu era estudante ou só depois que eu fui contratada. HC assim, eu fiz a universidade federal aqui, a residência aqui, de especialização, depois eu fiz o mestrado tudo aqui, e nesse entre meio, eu fiquei como voluntária alguns anos, depois eu vim para cá como funcionária em 89.”

(Professor entrevistado, 2007)

“Como docente, entrei na medicina como voluntário, e passei a... Aquela época que eram professores colaboradores, 75 até então eu fiz concurso por alguns anos até 80 depois fui efetivado e de lá para cá, eu estou até agora, e mais seis anos de formação acadêmica. Então se você contar esse período todo dá 38 anos de HC.”

(Professor entrevistado, 2007)

Confirma-se a entrada de muitos professores do HC via percurso conhecido entre os agentes. Inicia-se como aluno, depois estagiário, médico voluntário, residente e depois professor. Outro aspecto relevante consiste na facilidade de reprodução de práticas no HC em decorrência do fato de a grande maioria dos professores do HC terem formação na UFPR. A reprodução de tais práticas se consolida desde os primeiros dias de aula. Destaca-se também que a preponderância de agentes da área de Clínica Médica do HC nas definições acerca de indicações para médicos voluntários. A maioria delas surge dessa área, que é considerada por muitos professores como a maior e mais importante do hospital. No capítulo seguinte é apresentado o ‘controverso universo dos **residentes**’.

4.3 OS RESIDENTES – RESIDÊNCIA MÉDICA OU RESILIÊNCIA MÉDICA

Os residentes tiveram início de atuação na Clínica Médica. Em 1963 foram delimitadas as primeiras regras para a atuação dos residentes no HC. É importante salientar que só em 1977 a Residência foi regulamentada pelo Ministério da Educação – MEC. Como pauta de discussões emmeados de 1973:

Avaliação da Utilização dos Residentes

- Integração dos residentes é maior nos serviços que adotam regime de preceptorado;
- O preceptor é entendido como médico, ‘elemento da clínica’ que não necessite ser obrigatoriamente pessoa em atividade didática;
- Considera-se a importância do convívio direto e prolongado com o residente;
- Residente 1 não deve assumir responsabilidades diretas, impossibilitados de assinar papeletas. Observa-se 3 níveis crescentes para residência médica (R1, R2, R3)
- Sugestão de aumento de honorários a residentes, considerando a redução de seu número de 12 para 7.

Dentre as discussões provocadas acerca da Residência Médica a **Dedicação Exclusiva** passa a ser tema principal. De um lado, professores do HC exigem dedicação exclusiva dos residentes; por outro lado residentes insistem em cumprir jornadas em outros hospitais principalmente por alegações de cunho financeiro, em especial aos valores das bolsas de estudo.

Decorrentes de tais dilemas, em 1977 outras definições são feitas acerca da residência pelo Conselho de Administração do HC UFPR. Elas têm caráter regulativo e coercitivo.

- Residentes obedecem a regimes de tempo integral e de plantões com dedicação exclusiva.
- Onde atuam os residentes: R1 , R2, R3:
 - R1 – emergência clínica médica e cirúrgica;
 - R2 – disciplinas ou setores especializados de Clínica onde foi feito o R1;
 - R3 – exerce uma especialidade podendo vir de outras instituições;
 - R2 e R3 – passam a fazer plantão remunerado.

Reforça-se a noção do **ensino** pela **assistência** no que concerne aos residentes, em especial quando são alocados para jornadas de plantão. Reajuste de bolsa para residentes que passam de 80. A remuneração passa de Cr\$342,50 para 410,80 em 1970. Em 1973 aumenta o número de residentes: R1 57; R2 40; R3 10. Na mesma época em que o chefe da área de Pediatria é convidado a fornecer explicações acerca dos problemas relacionados aos residentes.

Em 1974 os residentes tentam concorrer a vagas de Professor Auxiliar de Ensino na UFPR e imediatamente os dirigentes do HC respondem a tais movimentos com a criação de mais algumas Regras para a Residência Médica:

“Art. 1 a – Das Bases, Finalidades e Princípios Gerais.

A Residência Médica é um **sistema de ensino** eminentemente prático, que o HC da UFPR, em colaboração com a faculdade de Medicina adota para a seleção, aperfeiçoamento e futura especialização de pessoal médico e destinado à docência nos setores de Medicina Interna, Cirurgia e demais serviços médicos auxiliares (...) é vedada a inscrição em provas concursos ou competições que se destinem ao preenchimento de cargos (...) a escolha do chefe será feita de duas listas tríplices, resultantes da eleição direta realizada no âmbito dos médicos residentes e submetidas à homologação do Conselho de Administração. Implica afirmar que mesmo que os residentes fizessem eleições para seus representantes estariam sujeitas ao conselho de administração do HC-UFPR.”

Em agosto de 1976 a CAPES e o MEC manifestam apoio e reconhecimento com relação à Residência Médica, apontando a necessidade de se transformar a residência médica em Curso de Pós-Graduação e reconhecendo oficialmente como tal. Esse episódio é marcado por conflitos, entre alguns professores do HC UFPR, em especial ao Departamento de Pediatria que se manifesta contrário considerando que o planejamento de Especialização (248h) e a residência estão em situação ‘paradoxal’, tendo em vista que para ser especialista é preciso fazer exames. Impasses entre professores e residentes se estendem no tempo por diversas razões.

O Regulamento dos Residentes segue em exaltada discussão. A saída: deixar por conta do conselho setorial. Oposição se manifesta afirmando que as questões de Residência Médica deveriam ser resolvidas via uma Comissão de Residência considerando que o Setor de Ciências da Saúde e o Hospital têm aspectos indissolúveis. Um dos professores afirma que se o controle da Residência Médica sair das mãos da direção do HC a residência vai sentir

profundamente em todos os seus aspectos a transferência desse controle. Pede que o Setor delegue ao Hospital os poderes sobre a Residência Médica. Quanto aos aspectos financeiros, este passa a ser competência do Conselho Setorial. Então, a orientação didática ficaria em torno dos departamentos, e não se trata de residência, e sim de Curso de Aperfeiçoamento. São indicados para a comissão os professores da Clínica Médica, da Tocoginecologia, da pediatria, da Patologia Médica, e da Cirurgia. Ficam então os residentes submetidos a duas áreas: a didática pelos departamentos e administrativa pela Direção do HC.

Tais condições já se manifestam unilaterais. Discute-se o custo com as bolsas da residência médica, que não deve estar associada ao salário mínimo, mas às condições orçamentárias do hospital. A previsão é de Cr\$ 4.300.000,00. Propõe-se redução da bolsa-auxílio dos Residentes. Para 1977 o número de residentes é estendido em 147 residentes distribuídos nos três níveis: R1 77; R2 65; R3 5.

Distribuição entre as áreas R1, 1º ano:

Dep.Tocoginecologia: 10 vagas

Dep. Pediatria – 16

Dep. Patologia – 3 vagas

Dep. Clínica Médica – 22 vagas

Dep. Patologia Médica – 3 vagas

Dep. Cirurgia- 26

Total: 77

Distribuição 2º ano

Cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral e urologia – 4 vagas

Ortopedia e traumatologia – 5 vagas

Cirurgia toraco-cardio-vascular, oftalmologia, otorrinolaringologia e anestesiologia – 2 vagas

Neurocirurgia – 1 vaga

Total – 26 vagas

Demais distribuídas no 3º ano.

O nº de vagas para residentes da Clínica Médica prevê a ampliação do campo de treinamento e o montante previsto para bolsa-auxílio residência é de Cr\$ 3.000.000,00, dos quais, oriundos de recursos de convênios e Cr\$ 1.800.000,00; Cr\$ 1.200.000,00 de recursos orçamentários. Sendo Cr\$ 250.000,00 divididos entre as 147 vagas. Do FNDE também são captados recursos, Cr\$ 2 milhões de Cruzeiros.

O Reitor conversa formalmente com professores sobre a **não permanência dos residentes** no hospital e que os mesmos teriam consultórios ou trabalho vinculado fora do HC; a fiscalização destas atividades e que ela deveria ser mais rígida.

Dentre os professores se propõe a inclusão de um representante dos residentes que seria o chefe dos mesmos. Tal iniciativa pretende conceder aos residentes a possibilidade de escolher seus representantes. Também passa a freqüentar o conselho, a Comissão de Residência visando fiscalizar o **aproveitamento e comprometimento** do programa.

O pedido de certificado de residência a médico estagiário por professor é negado. Nota-se aí a tentativa de empreender práticas, via permissão do conselho. Lembra-se o fato desse mesmo professor ter se manifestado abertamente contrário à entrada de médico estagiário, médico voluntário no hospital anos atrás.

Finalmente em 1977 a Residência Médica é considerada como curso de pós-graduação. As indicações a chefes e sub-chefes da residência são avaliadas e votadas, na sequência aprovados pelo conselho. Destaca-se que fora concedido aos residentes a possibilidade de escolha de seus representantes, mas o conselho de administração do HC depois disso, avalia e vota a aprovação dos nomes eleitos:

Miguel Burnier - 48 votos

Angelo Luiz Tesser – 43 (Décadas depois Diretor de Ensino e Pesquisa)

Ivan Colasso – 7 votos

Para Sub-chefe

Mário Sergio - 67 votos (Décadas depois Diretor Geral do HC)

Como a Oftalmologia não tinha residentes no HC um professor da disciplina que também é professor da Faculdade Evangélica de Medicina trazia os residentes desta faculdade para trabalhar no HC, o que foi até certo ponto tolerado, exatamente pela falta de residentes no HC. Quando a oftalmologia tem 2 residentes. Para alguns professores como as duas vagas estão preenchidas pelos critérios da Comissão de Residência, não há condições de que venham **elementos estranhos** trabalhar no hospital; o que é aprovado. Nota-se que as interações com outras instituições são na maioria das ocorrências de natureza pragmática. O estranho é tolerado enquanto se necessita.

Os residentes têm ocupado várias reuniões para discussões acerca do espaço a ser concedido aos residentes no HC. Uma sessão é concentrada no fato de residentes do HC serem convocados pelo INPS face sua aprovação em concurso realizado pelo INPS para admissão de médicos, o que na versão do conselho, colide com o regulamento da residência. Como alternativa para o impasse, o INPS avisa que eles precisam tomar posse e seriam considerados em treinamento até terminarem a residência. Nota-se aí, que a Residência Médica se desenvolve como **classe** que dispõe de mecanismos organizativos avançados, como o Conselho de Residência Médica, e mais tarde de outros conselhos mais localizados e regionalizados.

Difícil a entrada por concurso, residentes exigem da reitoria assinatura de contrato de trabalho, com carteira de trabalho. Daí a primeira greve. È necessário que o conselho assuma posição: residência é um curso de pós graduação ou emprego? Para um dos professores:

“ apesar da nossa residência ainda se preservar como um curso de pós-graduação, será questão de tempo ela ser desvirtuada e contaminada pelo movimento nacional” (22/05/79).

São anunciadas medidas de maior **controle e punição aos faltosos**. A disciplina de obstetrícia informa que sem os residentes não tem condições de se manter. É um curso de pós-graduação em nível de especialização com carga horária definida, aulas, simpósios e atribuições. É possível perceber que embora a Residência Médica tenha caráter de **ensino** mas a prática se concentra na **assistência**. A exigência por registro na carteira e a afirmação da obstetrícia materializam essa relação.

De maneira dramática é dito que “ o espírito da residência foi deturpado”. São revisadas as decisões em São Paulo acerca da residência: os residentes não podem ser médicos assalariados. Em resposta, residentes formulam ações em parceria com o sindicato dos médicos propondo acordo coletivo, que fora rejeitado pelo conselho. Importante lembrar que esse movimento se dá em nível nacional. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro enfrenta os mesmos conflitos. Na época alguns professores também se opunham a acordos coletivos para Residência. A Secretaria do Ensino Superior do MEC expõe à Residência Médica:

- A residência médica é um mecanismo insubstituível para a educação médica, de maneira a garantir o mais alto padrão em saúde;
- O residente precisa ter cobertura previdenciária adequada;
- A extensão pura e simples de direitos trabalhistas aos médicos residentes viria a provocar a extinção da própria residência. Garantem-se então direitos previdenciários e de seguro de vida.

Mais tarde, alguns professores defendem a garantia de recursos aos residentes para participação em congressos, outros se opõem alegando que delegar as decisões aos departamentos, manifesta falta de coerência do conselho de administração. É possível perceber em 1979 que mesmo estabelecidas às margens de condução da residência didática para os departamentos e organizacional pelo HC alguns professores chefes de departamento ainda procuram centralizar as decisões acerca da residência médica nas mãos da direção geral do HC e do conselho de administração. Alguns professores estabeleceram a partir de práticas de grupos de pesquisa consolidar áreas de referência internacional, incluindo residentes. Para se ter uma idéia do impasse, uns defendem que a Residência Médica deve ter como comissão Professores; outros defendem representação sem distinção de cargos (médicos ou professores) devendo ser definidas via departamentos. A discussão é posta e vence a proposição de manter professores como representantes da residência médica.

Final de 1979 é feita aplicação de teste geral aos candidatos a residência, distribuídos nas seguintes áreas:

Residentes 1980:

Tocoginecologia – 10

Pediatria – 15

Patologia – 2

Clínica Médica – 19

Disc – Dermatologia 1

Disc Radiologia – 2

Disc Neurologia – 1

Dep. Cirurgia – 29 (cresce o número de R3, indicando para atendimentos de alta complexidade)

Em 1981, residentes iniciam greve em 1º de maio de para dar apoio ao projeto de regulamentação da residência médica em trâmite no Senado Federal. Como resposta professores e dirigentes do HC estabelecem em consenso que:

“em caso de retorno dos residentes, os chefes de departamento só os aceitarão de fato após comunicação escrita ao diretor do hospital de clínicas e apresentação individual de cada um na comissão de residência.”(19/05/81).

Enquanto isso professores e médicos continuam com a concentração de esforços de docentes e médicos para ensino e assistência. Nessa época mais médicos-estagiários adentram aos serviços do hospital.

Em outubro de 1983 a Residência em Neurocirurgia passa a ter 4 anos. Os residentes continuam ativos em termos de discussões acerca das práticas de ensino e assistência no HC. Um residente lembra o fato de que a auditoria médica do INAMPS concluiu que os médicos do Paraná em geral **não sabem tratar os doentes**, lembrando da importância da educação médica continuada. O Prof. Dr. Ricardo Akel pontua como resposta que deveriam existir no HC somente dois tipos de pessoas: o **funcionário e o aprendiz**, sendo este último residente ou mestrando se manifestando favorável à extinção dos estagiários que não aconteceu.

Em contrapartida, o prof. Paulo Franco diz que as universidades têm sido acusadas de darem muito mais atenção à pós-graduação, em detrimento da graduação, havendo em muitos lugares a intenção que não é geral, de acabar com a Residência. Esse professor refere-se em especial à falta de **disciplina** dos residentes, bem como às faltas. Aponta que esse problema

seja **doutrinário**. Se for doutrinário, tais doutrinas seriam estabelecidas pelos próprios preceptores, pelo hospital, ou ainda pelo Conselho de Residência, certamente esse doutrinamento não se dá pela rotina estabelecida por preceptores, mas pela insistência do discurso desprovido de prática.

Considerando as inúmeras tentativas de mudanças no âmbito da Residência Médica, ainda em 1986 residentes reclamam a falta de cumprimento dos programas pela **ausência de professores, em especial durante as tardes**. Professores chefes de departamento e coordenadores reafirmam que a residência médica consiste em dedicação exclusiva, não sendo possível ter vínculo empregatício. Pela resposta aos apelos dos residentes é possível perceber que professores entendem a reivindicação dos residentes subentendida na intenção de contratação, considerando o fato de a maioria dos residentes “carregarem o piano” durante jornadas em que professores estão ausentes.

A COREME (Comissão de Residência Médica) manifesta apoio ao HC no sentido de exigir dedicação exclusiva e tempo integral dos residentes no HC. Porém residentes e até alguns professores questionam - Como cobrar dedicação exclusiva e tempo integral dos residentes se muitos dos professores não cumprem com seus horários e nem com as suas obrigações? Como resposta unilateral a direção geral salienta que **não se justifica residentes não cumprirem porque professores não cumprem**. É possível perceber a partir daí a existência de acordos tácitos entre os professores acerca do não cumprimento de suas obrigações. É recorrente a ausência de professores na preceptoria de residentes. Dessa maneira, o ensino e a pesquisa passam a acontecer em algumas áreas de maneira não coordenada e acompanhada.

Tal contexto favorece outra prática bastante conhecida no hospital – o grande **volume de exames de diagnóstico para a assistência**, encarecendo ainda mais os procedimentos. Em várias situações, residentes sem preceptor precisam decidir acerca de procedimentos, daí a necessidade de se ‘cercar’ de exames para melhorar a qualidade dos diagnósticos. Além disso, a precária interligação entre os diversos serviços, disciplinas e áreas fortalece a iteratividade. É possível que um mesmo paciente faça várias vezes o mesmo exame, caso mude de área.

Em meados de 1987, os residentes da UFPR fazem greve novamente. Um professor da Pediatria alega que esse movimento fora articulado por **pessoas de fora do hospital**, e aproveita para ameaçar e propor a discussão acerca da continuidade da residência médica no

HC. Para esse professor (chefe de departamento da Pediatria, considerada como uma das melhores residências pelos residentes) a Residência Médica é considerada mão-de-obra barata, e que há grande insatisfação sob o ponto de vista do **ensino** e que é preciso ‘vestir a camisa’ do hospital.

Dentre as reivindicações da Residência Médica via presidente da AMERECH (Associação dos Médicos Residentes).

1. Falta de preceptor – professor;
2. Má qualidade do aprendizado;
3. Aumento de leitos;
4. Aumento de qualidade e quantidade do pessoal de enfermagem;
5. Biblioteca aberta só até 20:00;
6. Viabilidade da Residência Médica.

Nota-se que as práticas de ensino e pesquisa com relação à Residência Médica manifestam recorrência quanto à falta de acompanhamento de professores, repercutindo sobre a percepção da qualidade do aprendizado. Além disso, a intensidade do trabalho na medida em que o número de leitos aumenta a necessidade **assistencial** – há pouco tempo para pesquisa e ensino quando as demandas por assistência aumentam. Acerca das relações destaca-se a fragilidade das relações entre médicos e enfermeiros no hospital, geralmente marcadas pela falta de qualidade do serviço do último grupo. Essa queixa se estende no tempo. Em 1988, por exemplo, Residentes atuam em **outros hospitais acompanhados por professores do HC/UFPR**, nem comissão nem chefes de departamento têm conhecimento disso. Nessa época a USP também apresentava intenção de acabar com a Residência Médica, conforme professores em oposição. Busca-se ofuscar problemas localizados com a generalização de situações em outros hospitais.

Embora a Residência Médica seja permeada de dificuldades as novas propostas de regulamentos de estágios para 1988 - estágios de aperfeiçoamento e estágio de estudantes – são desenvolvidas nos moldes da residência. Meses depois se delibera que as diretrizes sobre estágios – ficam a critério de cada departamento. A premissa é de que o estágio é utilizado para profissionais que queiram se reciclar. Com candidatos com 3 anos após a formação. O

prazo máximo de permanência é de no máximo de 6 meses, sendo o estagiário: **“o indivíduo simplesmente ouvinte”**.

A Associação dos Médicos Residentes do HC (AMERECH) participa de formatura de residentes. É comemorado Jubileu da Prata da Residência Médica na sala do Conselho de Administração. O discurso na formatura de residência médica:

“precisamos nos orgulhar desta instituição, unir as forças dos graduandos, dos funcionários administrativos, mas sobretudo dos professores, pois sem a parte **criativa-pensante estaremos fadados a enferrujar a máquina** (...) ou vestimos a camisa do mesmo clube ou perderemos o campeonato, o que não será bom para nós, nossos filhos e nossa comunidade”.

Importante salientar a idéia de continuidade das ‘famílias’ no HC, arrastando as relações para os filhos apresentada no capítulo que apresenta as relações, bem o apelo ao grupo criativo-pensante do hospital.

A Residência, a Assistência, o Ensino entram em questão quando um episódio que ocasiona na morte de 12 crianças num hospital pediátrico de Curitiba é posto como pano de fundo para discussões acerca das condições da Residência Médica no HC. O departamento envolvido é o de Pediatria, anteriormente considerado por residentes como um dos melhores dos HC. Segue trecho da ata de uma das reuniões do Conselho de Administração em que configuram como principais agentes o Diretor do Corpo Clínico e o Chefe de Departamento de Pediatria:

“Todo mundo em Brasília sabe que estamos em **franca fase de autofagia** (relação com a fundação). Não tivemos coragem de tomar uma atitude que doa a quem doer. Cada vez os problemas vão se hipertrofiando. O professor se permite dar em relação a Pediatria as conseqüências que houve disso tudo na formação de nossos médicos, isto que está acontecendo no referido hospital foi previsto há muito tempo aqui nesse conselho porque não há formação em cirurgia pediátrica. **O que está acontecendo é só manipulação**. O professor solicita apresentar um doente da Pediatria, porque o conselho tem que saber o que está acontecendo, porque nós estamos em 1988 e **produzindo cirurgões infantis de 1910. Os próprios professores estão destruindo o hospital**. Porque isso que aconteceu na justiça não é humano, não é filosófico, em relação a universidade, porque ela não terá suplementação para pagar, porque se é o MEC que ordena ele dá o dinheiro mas se é a justiça como é que vai suplementar estes que ganharam na justiça. Outro problema é que tudo o que acontece é o HC que está bancando. Bancando no espírito universitário, não por outra razão. O que está sendo proposto é muito sério. **Hoje apesar de tudo o que nós estamos fazendo praticamente deu num desastre, que em todo o país e exterior nós do HC somos**

responsáveis pelo que aconteceu no hospital nunca aconteceu em lugar nenhum, doze crianças faleceram. (...) As consequências já estão aí, que tipo de residente nós estamos formando? a ociosidade é uma coisa bárbara, **nós temos gigantismo departamental, e ainda precisamos contratar médico quando os professores não trabalham, não cumprem o seu dever e adiamos o problema de um dia para o outro e nunca se resolve** (...) Aqui os nossos residentes são ociosos, eles estão procurando trabalho e não conseguem, não há planejamento. (...) Ou nos saímos para nossa casa, nossa fundação, custe o que custar, como em São Paulo e Minas Gerais. **A fundação só contrata pesquisa não tem pessoal.** Acho que já passaram vinte e poucos anos e fomos adiando, chegamos no máximo: **os nossos médicos são de 1910.** Pois a nossa função é formar médicos. Todos os professores, se este hospital for fechado vão ter consequências sérias, porque o problema é o salário? Não, é vestir a camisa do hospital. **Noventa por cento dos doentes que são enviados para cá, são desviados para hospitais particulares.** Nós temos todos esses problemas e não resolvemos. **O Chefe de departamento tem que resolver e não resolve, passa para o Setor que não resolve, passa para a reitoria que também não resolve.** Quem vai resolver esses problemas, o hospital? (...) pedimos pelo amor de Deus, nos auxiliem nas urgências, e ninguém quis prestar este auxílio: mas são as mesmas pessoas que pediram para **a justiça para ir contra a sua própria casa.** (...) Os próprios residentes sabem o que está acontecendo, eles tem as queixas, mas não expõem com medo. (Ata de 05/12/88).”

Dias depois é comentado o falecimento de outra criança. Nota-se a partir dos trechos a existência de conflitos entre os professores, em especial pelo não **cumprimento** de obrigações como a jornada, a presença junto à residência, a atualização. Outro ponto recorrente consiste na **aquiescência** por parte dos residentes quanto à conduta de professores/preceptores. É possível inferir que residentes evitam emitir críticas e denunciar de maneira pontual porque também têm o desejo de continuidade no hospital, como médicos ou ainda como professores, considerando o fato de a maioria dos médicos e professores do HC terem formação no HC-UFPR. A **delação** para alguns é prática condenada, e a Justiça passa a fazer parte do cotidiano do HC. Acredita-se que isso se deva ao fato de o sistema judiciário no Brasil passar a contemplar de maneira mais ampla a qualidade da assistência à saúde como requisito do Estado. Agora, vê-se o HC aos olhos da sociedade e de instituições judiciárias. Internamente pouco resolvido, o HC é posto em análise quando agentes percebem: **autofagia, hipertrofia e letargia.**

Em outra ocasião o professor da pediatria leva ao conselho uma criança recebida de outro serviço que foi operada para chamar a atenção dos professores e diretores:

“O nosso hospital-escola tem responsabilidade na situação atual da cirurgia pediátrica em nosso Estado de vez que temos nos omitido tanto em termos assistenciais como por

não termos residência em Cirurgia Pediátrica (única área do HC sem residentes). Médicos residentes fazem RM na Cirurgia Geral e tem estágio optativo na Cirurgia Pediátrica, quando deveria ser obrigatório.”

Paralelo a esse episódio os problemas do **ensino e assistência**, são postos em questão quando alguns professores procuram as posições adequadas à solução de questões do de **ensino**. Para esse professor tais situações não deveriam ser abordadas no conselho. Em contrapartida, outros propõem que as questões de ensino deveriam ser tratadas no colegiado de cursos, onde estão os coordenadores e os chefes de departamento. Mas expõe que se é questão de **trabalho prático**, está de acordo que seja tratado no conselho, porque a prática da medicina é feita no hospital. Nota-se a importância do conselho para as dimensões de ensino e assistência, bem como pesquisa. A tentativa dos referidos professores implica em diminuir o **peso** das deliberações do conselho de administração frente às práticas de ensino e pesquisa. Na medida em que tais proposições ganham espaço é possível inferir que a essa altura as consciências prática e discursiva de alguns agentes persistem na **dissociabilidade do ensino, pesquisa e assistência**.

Em meados de 89, quando a direção dos HC em conjunto com chefes de departamento e outros representantes discutem as finalidades do HC também é apontada a evidência de que alguns serviços, com a saída dos residentes se desestruturam completamente, levando ao diagnóstico de que **é o residente que faz o serviço de assistência**.

“Fechar um serviço quando o residente sai é um desvio do Hospital de Clínicas, de sua função de ensino, porque revela que o residente está sem revisão”. (Professor, 06/1986)

Nota-se que nessa época residentes atuam com reivindicações de natureza assistencial e dentre as principais reivindicações: “melhor qualidade e quantidade da enfermagem”. Se antes se priorizavam preceptores e acompanhamento dos professores, em 1986 se solicita qualidade e quantidade dos profissionais de enfermagem, denotando claramente a institucionalização da residência à assistência.

A confirmação dessa orientação é verificada a partir de campanhas lançadas para melhorias do padrão assistencial e **humanização do atendimento** – com a bandeira de resgate do sujeito, o doente/paciente pelos que fazem assistência. Alguns *slogans* são propostos por **alunos e residentes**:

- “Trate bem os doentes. Algum dia você será um deles”;
- “Trate bem os doentes. Isso é bom para sua saúde”;
- “Trate bem os doentes, eles não têm culpa”.

Essas frases demarcam a presença de residentes e alunos no percurso da assistência, bem como a mudança de **valores** com relação aos pacientes, amplamente compreendidos como ‘material didático’. Essa movimentação tem repercussões nos corredores do hospital e nas reuniões entre direção e chefias de departamento. Alguns professores manifestam adesão.

Os Residentes e Aposentados ficam fora das eleições a Reitor no final de 1989. O que ilustra a relação precária estabelecida entre residentes, hospital de clínicas, medicina e UFPR. O Chefe do Departamento de Cirurgia manifesta desagrado pelo fato de residentes não poderem votar para reitor, considerando o fato de **serem ex-alunos da UFPR**. A partir dessa afirmação confirma-se o fato de a maioria dos residentes terem sido alunos da graduação Medicina da UFPR, destes vários ingressam ao quadro docente da UFPR. A trajetória é marcada pelas posições de aluno, residente, médico, professor. Tal constatação permite a inferência acerca da reprodução, tradição de práticas de ensino, pesquisa e assistência no HC considerando processos de doutrinação acerca de práticas.

No início de 1990 pensa-se sobre a reforma na Clínica Médica, principalmente em decorrência de um episódio – uma criança que foi encaminhada ao hospital e os médicos afirmaram não ter vaga para cirurgia, quando havia vagas no HC “mas não havia vagas para esse tipo de problema que a criança apresentava, e por **não ser de interesse da disciplina e do residente**”. Busca de Assessoria Jurídica para o HC, para que quando residentes e médicos sejam convidados a depor que sejam acompanhados de advogado. Assume-se a assistência pela residência.

Em outubro de 1990 os residentes entram em greve em todo o Brasil. A principal reivindicação está relacionada à **baixa remuneração**. O conselho de administração do HC pede que departamentos busquem a normalidade no atendimento. Um professor afirma que caso haja dificuldades por falta de profissionais para atendimento:

“com um bom preparo, a turma do sexto ano de medicina, pode assumir as funções no caso dos residentes pararem.”

E o Presidente da Comissão de Residência Médica desconhece o movimento e levanta alguns problemas já conhecidos:

“Residentes estariam operando sozinhos no centro cirúrgico. Os médicos estão deixando o carimbo com os residentes. Residentes de Oftalmologia foram coagidos a não fazer greve sob risco de punições.”

Novamente são levantadas questões de cumprimento das regras pelos departamentos (professores). Como alternativa, uma sugestão também conhecida: a prática de se criar de comissão para avaliar os departamentos em que a RM funciona e não funciona. A partir desses resultados, a Comissão de Residência excluiria as áreas negativas dos próximos editais para residência. Enquanto isso, HC envia ofício ao MEC solicitando intervenção na greve.

No HC, os residentes resolvem não participar das entrevistas com a Comissão de Residência e apontam como motivos: **coerção, medo de represálias, medo de perder a bolsa**. Alguns professores reconhecem que os bons serviços (assistência) têm boa formação de residentes, e vice versa. Dentre as áreas mais problemáticas: ortopedia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, cirurgia cardíaca, ambulatório de ginecologia, principalmente pelo fato de residentes trabalharem em outros locais ou não comparecerem no HC.

Um professor avalia a situação e afirma que:

“Com o passar dos anos, foi colocada a vida do hospital muito na mão dos residentes e quando eles não estão parece que há uma crise, isso mostra que eles são como a “alma” do hospital para funcionar, fato que não concorda. (...) A avaliação da residência é intrinsecamente ligada à avaliação dos serviços e dos departamentos. (...) médicos e professores devem tocar a vida do hospital, pois residente é um elemento transitório, passageiro, tem interesse somente no seu certificado. (p.87, ata 6)”

Muitos programas também têm deficiências decorrentes da estrutura hospitalar, ou seja, do espaço físico, material sem condições de funcionamento ou falta de pessoal, seja médico, enfermagem ou administrativo.

A Comissão de Residência aponta insuficiência e suspensão de bolsa da residência em Oftalmologia: 2 residentes e 3 preceptores é insuficiente. Previsão de concurso para professor titular dentre as 18 áreas. Para Anatomia Patológica, 3 vagas; otorrinolaringologia 2 vagas, oftalmologia, cirurgia do aparelho digestivo, neurocirurgia, tocoginecologia, anesthesiologia,

cirurgia geral, ortopedia e traumatologia, neurologia, urologia, clínica médica, radiologia, cardiologia, pneumologia, hematologia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, infectologia. Todos os demais com duas vagas para residência. Número de preceptores por serviço 3. (p. 89, Ata 6).

Em 1991 é exigido pelo Ministério da Saúde o registro nos prontuários de todo o atendimento médico. Para os professores e dirigentes do HC este será o “**documento que o juiz utilizará**” se necessitar para julgar a propriedade do atendimento. É solicitada a colaboração de todos. Na sequência são sugeridas orientações aos residentes, pois assumidamente, “são eles que preenchem normalmente os prontuários”.

Em 1992, com o aumento considerável no número de atendimentos derivados dos convênios com o SUS e dos acordos de atendimento com a Secretaria Municipal da Saúde, fez-se necessário o aumento do número de médicos. O fato é que esses médicos na prática da assistência acompanham mais os alunos (do ensino) do que os próprios professores. Tal prática fez com que os alunos também participassem menos nas práticas de assistência. Assume-se que o Residente também “ocupa um pouco do espaço do professor”. Decorre daí as dificuldades de adaptação dos alunos que saem da UFPR em unidades de saúde. Professores do HC discutem sobre esse assunto e apontam então para a necessidade de os alunos da área médica da UFPR fazerem estágio fora do HC, prática de ensino bastante difundida e institucionalizada entre professores e direção do setor de Ciências da Saúde. É prática de ensino que médicos e agora residentes acompanhem alunos.

Em 1994, o Departamento de Pediatria solicita a retirada da Residência, “pois residentes não respeitam a regra de tempo integral e dedicação exclusiva”. No início de 95 se discute novamente a residência em termos de exigência da dedicação exclusiva. Residentes se manifestam:

“Pela vivência e experiência dentro do HC e como presidente do diretório central se tem condições suficientes de poder avaliar, e se sente no dever de dizer que tem **muito professor não cumprindo horários**”.

Em 1996 acontece a liberação para 233 residentes no HC, no ano seguinte, deficit de 19 bolsas para residência médica no HC - de 246 solicitações para 227 bolsas. Esses números se mantêm até 2000.

Dentre as atividades de envolvimento dos residentes com as atividades do HC está a criação da Revista do Hospital de Clínicas - Órgão Oficial de Divulgação Científica da Residência Médica, com lançamento previsto para junho de 2000. Atrasos na publicação da Revista do HC devido ao número insuficiente de artigos geram preocupação entre os professores. Em abril de 2003 é finalmente lançada a primeira Revista do HC.

Em 2000 é instalado inquérito administrativo acerca de concursos de **residência e vestibular**. Trata-se da alegação da presença de professores na preparação de cursinhos para residência, fora do HC.

Residentes e CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico do Ministério da Educação – interagem quando os residentes apresentaram queixas referentes à falta de supervisão direta e orientação de ensino. A vice-coordenadora de Farmácia comenta sobre a falta de providências com relação aos médicos que não cumprem sua jornada de trabalho integralmente. Paralelo a essas alegações são levantados problemas com o preenchimento de prontuários médicos. Alguns chefes de departamento apóiam e manifestaram a importância da **lotação de um administrador em cada departamento**, para colaborar no equacionamento da questão.

As regras para o concurso de residência são consideradas ilegais – 2º fase eliminatória, não classificatória. (2/2 para avaliação curricular e entrevista) pontuação mínima de 5 para cada uma das avaliações. As acusações recaem sobre **favorecimento e perseguição**. O departamento de Pediatria é acusado e tem que se explicar. Tenta-se discussão de critérios com a CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica. Em 2002 novas desconfianças são lançadas também na contratação de professores na Pediatria.

Em 2002, a não contratação de plantonistas na Tocoginecologia faz com que os residentes atuem no HC sem orientação. A área é atendida apenas por residentes; o CNRM bloqueia duas vagas de residência na para o departamento, e os **residentes dão prazo para contratação de plantonistas** e se recusam a manter o funcionamento das áreas. Em outras áreas de serviços essenciais a falta de plantonistas continua sendo suprida por residentes R3 e R4 **remunerados irregularmente** pela Funpar e pela Associação de Amigos do HC, ou ainda por programas de pesquisa. O que gera problemas com a CNRM que tenta regular a residência médica, mas que tem pouca efetividade, considerando o fato de que em 10/03/2003 entram novos residentes nas seguintes áreas, inclusive nas problemáticas:

Clínica Médica – 42

Oftalmo-otorrino – 6

Cirurgia – 24

Psiquiatria e Medicina Forense – 3

Pediatria – 26

Patologia Médica – 4

Tocoginecologia – 12

Para 2005 a prova prática é obrigatória nos concursos de residência médica. Mas só em 2007, o concurso para Residência Médica é feito pela primeira vez, com prova prática, além de análise e defesa de currículo.

A chefia do departamento de Tocoginecologia afirma que o hospital não oferece campo apropriado para o ensino, visto que os alunos e médicos residentes estão executando tarefas que não são da competência do ensino da medicina. Alguns serviços e ambulatórios do hospital deixariam de funcionar se não houvesse o trabalho desenvolvido pelos alunos e médicos residentes. Mais tarde a chefia desse departamento passa a ser desempenhada por outro professor.

O Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional do Conselho Regional de Medicina do Paraná denuncia em ofício que os serviços de Emergência de Cirurgia, Clínica Médica e Pediatria são exclusivamente executados por médicos residentes e doutorandos, sem a necessária supervisão de médico plantonista. Os chefes de departamento negam a existência da prática do sobreaviso para os plantonistas. Alegam tomar ciência desses fatos nos serviços de cirurgia, clínica médica e pediatria. O conselho se posiciona solicitando solução, tendo em vista que se trata de hospital universitário e o treinamento dos médicos residentes deve ser em serviço médico e sob permanente supervisão. (Ofício 03/10/2005)

Outras associações e conselhos externos ao HC fazem denúncias com relação ao fato de algumas áreas serem atendidas exclusivamente por residentes afirmando que algumas enfermarias passam uma semana sem a visita de um médico ou professor. A AMEREHC –

COREME apontam tais situações e tentam saída. A Direção Geral e chefes de departamento novamente apontam não terem sido avisados sobre a denúncia, apenas pelos ofícios. Alguns chefes e coordenadores alertam que:

“todas as coisas que acontecem no hospital, em poucas horas já estão nos corredores do CRM PR” (11/2005, p. 84).

Ilustra-se o problema:

“Médicos residentes iniciaram duas cirurgias cardíacas e os pacientes ficaram ‘abertos’ aguardando a chegada do professor responsável para dar continuidade às mesmas” (11/2005, p.99).

A Diretora de Assistência em entrevista, confirma esses fatos:

“é muito rara a presença do professor nas cirurgias e tanto os residentes quanto os anestesistas são muitas vezes coagidos a iniciarem as cirurgias sem a presença dos mesmos.” (pg. 100)

Com todas essas limitações o número de bolsas para a residência aumenta - 246 bolsas de residência médica para 2006. Em 2007, conta com 254 bolsas. E tem redução em 2008, com 248 residentes.

4.3.1 As estruturas se mantêm

A residência médica constitui num dos grupos mais importantes para o percurso do HC em termos de assistência, quando sua finalidade é ensino e pesquisa. As relações entre residentes e os departamentos apresenta como recorrente a ausência dos professores preceptores. Tais rotinas parecem ser aquiescidas pelo fato de se constatar as relações de poder que professores e chefes de departamento têm a partir de recursos alocativos (bolsas) e autoritários (concursos e permanência). Residentes parecem assumir a partir do final da década de 80 as atividades de assistência ao ponto de não mais fazerem greve reivindicando a presença de professores no exercício de suas atividades, mas o aumento das recompensas pelo trabalho. Na sequência ilustra-se o caso de um professor que fora residente:

“São dois anos de residência, em 75 agora 32 tirando dois anos de residência 35, 35 anos de atuação profissional no HC. Dois anos como residência e trinta como médico, e depois de 1980 para cá como professor”.

(Diretor de Ensino e Pesquisa, 2007)

Outra professora apresenta algumas formas de relação com os residentes. Destaca-se que o professor não se percebe responsável pela assistência, mas pelo residente. Quando faz assistência se dá por laços de outra ordem, como amor pelo que faz, comprometimento:

“Pacientes são internados no nome do chefe do departamento responsável pelo paciente, porque tem que ter um nome registrado, porque vai no nome dele. Aí eles são cuidados por um residente que não tem o nome dele. Mas ele fica cuidando dos pacientes todos. Daí se no domingo alguém procura essa pessoa (chefe do departamento ou serviço), olha está acontecendo um problema com esse paciente, eu não sou médico não tem que vir aqui no domingo. Então as coisas se dão, as responsabilidades elas acabam sendo executadas, realizadas por laços de outra ordem, um laço entre professor e o aluno. O residente é o que faz com que esse indivíduos atendam determinado chamado ou pedidos, ou venha aqui. (...) No entanto eu não tenho nenhuma vinculação, não tenho nenhum compromisso como médico. Nós (professores) não temos que dar plantão, nós damos porque nós temos uma vinculação, temos um cargo de amor com o hospital, um comprometimento. Vamos supor, fevereiro, março, abril que são os primeiros meses eles (residentes) ainda não sabem fazer os exames. Acontece muito frequentemente, aquele mês eu não saio de Curitiba, se eu sair eu peço para outro ficar no meu lugar, e se me chamam eu venho.

Outro professor apresenta o compromisso institucional como obrigação. Denuncia a prática da ausência por parte de professores com 40, 20 horas e falta de comprometimento de outros profissionais. Quem carregaria o piano?

“Eu como tenho viajado muito por várias universidades, tive a sorte de nesse meu processo, eu vi mais de cinquenta hospitais universitários, e tive a oportunidade de ver uns grandes hospitais. Eu vi a UNIFESP o hospital de clínicas de São Paulo, de Minas, Porto Alegre, e uma coisa ficou muito evidente, o compromisso institucional do docente é maior do que o nosso. Eles têm um compromisso com a instituição, inclusive cumprimento de carga horária. Quer dizer, você não encontra a UNIFESP um professor que não vá diariamente à instituição e que fique pelo menos quatro horas dentro da instituição. Se você correr a nossa instituição, você vai encontrar uma média, você não vai encontrar um professor que venha todo dia na instituição. Se ele vier, vem fica uma hora, no máximo duas... Protocolar, tem professor que vem uma vez por semana, tem professor que chega todo dia sete horas, sete e quarenta está indo embora e tem quarenta horas, vinte horas de compromisso. (...) O compromisso institucional do docente é muito baixo na nossa instituição, isso é evidente, não é só do docente, de

todos os profissionais. E existe, é lógico que existe, tem sempre alguém que tem que carregar o piano.” (Professor, 2007)

A coordenação de internação atua diretamente com os médicos residentes, e apresenta algumas dificuldades enfrentadas nos processos de internação de pacientes ao longo do tempo:

“**Eu** percebo assim... Quando é do interesse da academia, eles vão. Agora quando não é interesse, então é problema do hospital. Então hoje a gente discutiu muito isso. O residente, na verdade o residente quando ele vem ele é contratado, ele assina contrato com o hospital. Então ele é do hospital. Ele faz parte do hospital. E você sente assim, agora eles tão aceitando mais, mas antes eles não aceitavam. Porque era muito comum, era prático para eles, eles atendiam alguém no consultório, essa pessoa precisava de uma cirurgia, eles ligavam pro residente, “olha, eu tenho um fulano aqui, eu vou encaminhar pra você, faça o internamento.” Então o paciente vinha com a cartinha do Doutor, passava na central, o residente já fazia na hora o laudo, já entrava e ia para o andar. Hoje não, hoje eles já não podem fazer isso. Agora acho que eles tão menos resistentes que eles viram que o SUS não tem mais volta. Que o sistema único, não é só aqui, é no Brasil inteiro. (...) Porque é assim, muitas vezes você vai você não sabe... Mas eu vou falar com o professor, ou eu vou falar com o médico? Eu vou falar bem baixinho... Isso é triste, mas quando é interessante pra eles, eles fazem, mas o que não é... terrível.”

Nota-se aí que embora os encaminhamentos sejam feitos pela central de leitos, da Secretaria Municipal de Saúde, professores ainda se manifestam resistentes ao atendimento de pacientes fora do interesse de estudo.

Na sequência, afirmações de um residente:

“**O** único cara que opera isso em Curitiba e opera bem... O único cara que fez os dois casos do Paraná esse ano que foi aqui dentro... O Fulano... Pra ganhar 400 pila... E mais, ele vem aqui, porque 400 pila não é nada, convenhamos, 400 reais é um salário mínimo, a última cirurgia que a gente fez dessa foi 19 horas de cirurgia... O cara é voluntário aqui... Não ganha nada e ainda trás o material dele, cara... Traz broca de diamante, de sete mil reais, pra operar aqui... De graça... E tu acha que isso ta certo? (...) sabe por que ele vem aqui? Porque é nome. Vou operar isso aí, porque depois eu vou num Congresso no Japão e mostro, oh eu sou o cara, operei isso aqui... É uma vergonha... A medicina é uma vergonha (...) daí um cara que estudou 14 anos... Pra operar um tumor de 19 horas, ganha 400,00 reais (...) Essa semana eu entrei no hospital todos os dias antes das sete e meia da manhã... Segunda, terça e quarta eu sai depois da meia noite, sem almoço, porque se eu fosse almoçar ia sair uma 3 horas da manhã... Ontem eu sai daqui era 10 horas e consegui chegar na minha academia... E hoje eu acabei o ambulatório, entregar uns papéis, e agradecer porque internaram mais

um paciente para mim, um paciente de 84 anos com tumor na medula, ainda vou ter que subir no andar, ver os meus pacientes, deve ter uma pilha de papel para mim completar, então acho que até umas 8 da noite eu saio daqui, e isso se não me chamarem, se eu não tiver que voltar operar ninguém” (Entrevista, 2007)

Os comentários ilustram práticas na residência tais como: a residência é quem assume a assistência; a assistência de alta complexidade é desempenhada por residentes muitas vezes acompanhados de médicos externos como o médico voluntário (neurologia), e colaborador no (transplante de rins) que se voluntariam a tais procedimentos dado ao interesse pelos procedimentos, raridade e pesquisas; a jornada de trabalho dos residentes é intensa e extensa, 120 horas semanais; ausência do professor, quando outro médico foi confundido com um professor. Além dessas práticas nota-se a irritação dos residentes com relação ao pagamento tendo em vista que recebem bolsa de estudos agora, paga pelo MEC, acompanhada da indignação acerca da mercantilização da área médica quando aponta exemplos sobre medicamentos e equipamentos da área médica como as áreas que mais faturam na saúde.

As Areas com a Urgência e Emergência enfrentam algumas dificuldades quanto às relações com os residentes no sentido de cumprir com os procedimentos desejados pelos residentes para o cumprimento de procedimentos à formação:

“Nós sofremos muito mais pressão dos residentes do que da própria sociedade, porque como eu falei, no final de ano eles têm uma meta de cirurgias para concluir a residência. E nós tivemos esse ano ainda por azar um período de greve onde também alguns procedimentos não foram efetuados. Então houve residentes que não fizeram cirurgias naquele período e era uma parte do estágio e que estariam fazendo determinadas cirurgias (...) Mas a nossa discussão sempre foi o seguinte, não vamos fazer nada que nós não tenhamos segurança, que nós coloquemos em risco o paciente e o profissional”

Um professor avalia as condições das interações entre professores e residentes. Confirma-se o fato de os residentes além de não disporem de professores para preceptoria também acabam por cumprir com atividades de ensino.

“Boa parte dos professores de medicina – falta levantamento franco sobre isso – tem dupla militância profissional, combinando atividades privadas com obrigações públicas. Ultimamente, o público estaria sendo relegado ao segundo plano, de tal maneira que a assistência nestes Hospitais passou a ser realizada predominantemente por residentes; e o ensino diretamente supervisionado por professores, em consequência, tenderia a recuar para aulas expositivas ou discussões semanais de casos clínicos. Em regra geral, a convivência diária do professor com o aluno reduziu-se muito.”

Conclui-se que a prática dos residentes não constitui em si em prática de ensino dado a ausência de preceptores professores, mas em prática de assistência desde o princípio da residência médica quando adentraram no HC para ocupar espaços ocupados por médicos-voluntários. As interações entre residentes, hospital e departamentos sempre foi marcada inicialmente por conflitos associados ao não cumprimento de jornada por professores e residentes, daí os argumentos de dedicação exclusiva. Décadas depois de implantada nos hospitais a residência médica passa a se organizar internamente em níveis local (HC), Regional e Nacional. Destaca-se a baixa capacidade de agência dessas instituições sobre as deliberações de dirigentes do HC e chefes de departamento e de serviços. Essas relações sempre estamparam unilateralidade na medida em que se lançam mão de relações de poder via recursos alocativos e autoritários, considerando o fato de muitos terem como anseio a concorrência a vagas no quadro docente, de médicos do hospital. Além disso, muitos agentes do HC atuam também em outros hospitais, clínicas e consultórios. A rede de professores da UFPR se estende principalmente para fora do circuito do hospital. A partir do final da década de 1980, muito tempo depois de a residência ser reconhecida pelo MEC como pós-graduação (1977), residentes passam a reivindicar por recompensas pela assistência que prestam. Sianis claros de que a prática da residência médica constitui-se na assistência intensificada. No capítulo seguinte serão tratadas as **práticas de assistência**, operacionalizada pelos convênios.

4.4 PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA: Operacionalização por Convênios

O HC até 1968 concentrava atendimentos a indigentes. Em decorrência das demandas governamentais as batalhas para captar recursos se manifestam nas rotinas dos agentes do HC – a assistência aos indigentes não é mais suportada financeiramente pelos agentes de financiamento (MEC). O discurso a que se apela já se manifesta voltado ao papel social do hospital frente a sociedade: a “sustação de seu funcionamento e conseqüentemente ao da faculdade de medicina, com graves repercussões sociais” (Ata de 24/04/1968).

As primeiras tentativas de convênio por parte do Estado sofreram rejeição por parte dos dirigentes do HC. O convênio entre HC e Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado do Paraná tem a análise do Corpo Clínico do HC que afirma: ‘tal convênio não favoreceria o ensino da área médica’, como conseqüência o Corpo Clínico do HC não aceita o referido convênio com a seguinte resposta:

“Convênios entre HC e órgãos da previdência poderão vir a ser exequíveis, na medida em que requisitos de ordem burocrática não colidam com as exigências da ética médica, ao tempo em que possa ficar concretizada a construção de dependências específicas anexas ao HC para internação de pacientes que direta ou indiretamente retribuem às despesas hospitalares e aquelas concorrentes a honorários médicos.” (Ata de 03/07/68).

Nesse momento dá-se a distribuição dos leitos no HC, as ‘dependências específicas’. **Os leitos** constituem-se desde o princípio do HC num dos principais **recursos alocativos**. Implicam em territórios da ação no hospital. Na sequência, a primeira formalização de distribuição desses recursos:

Áreas	Nº de leitos
Clínica Médica	85
Clínica Cirúrgica	33
Urologia	24
Ortopedia	24
Cirurgia Infantil	15
Otorrinolaringologia	15
Oftalmologia	15

Pediatria	33
Dermatologia	20
Doenças Infecciosas e Parasitárias	20
Neurologia	20
Obstetrícia	41

À época doenças como a varíola, consistiam em demandas importantes da sociedade, do Estado para o HC. Tal doença chegava a interditar algumas áreas por 20 dias.

Com a Reforma Universitária estão previstos convênios entre Hospitais Universitários e INANPS que acabam por sustar os estudos prometidos pelo HC em resposta à proposta do Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado do Paraná e do Município. O FUNRURAL sofre oposição por uns e aceite por outros. Dentre as razões para o convênio “dificuldades de **centralização do material didático**, propondo a criação do “centro de material didático”, nesse caso a concentração de pacientes – diga-se material didático ficaria concentrada aos atendimentos a INANPS e FUNRURAL, diminuindo a possibilidade de escolha de tais materiais didáticos na medida em que o atendimento a indigentes, anteriormente aplicado também não teria as mesmas proporções. Nota-se que a deliberação acerca de “quem será escolhido como material didático” consiste num dos **principais recursos alocativos** disponíveis ao **ensino** via assistência. O discurso acerca da **pesquisa** ainda não está manifesto em termos reflexivos e práticos.

Em meados de 1971 a situação financeira do hospital é considerada boa por parte de seus membros. Tais resultados são o reflexo das receitas Receitas e Despesas do convênio FUNRURAL – os saldos positivos desse convênio eram depositados no Fundo de Emergência. Na época o hospital Vitor Ferreira do Amaral também transferia esses saldos no fundo.

Nessa época iniciam os discursos em torno da natureza jurídica do hospital. O conselheiro à época defende que consiste em uma oportunidade vantajosa de transformar o Hospital de Clínicas em Empresa Privada ou Fundação ressaltando as vantagens de caráter orçamentário dali decorrentes. Declara a impossibilidade do HC vir a ser transformado em fundação dado fato de grande parcela do patrimônio precisar ser da iniciativa privada.

As primeiras relações estabelecidas entre os gestores de ensino e assistência do HC se manifestam unilaterais. Inicialmente é marcada a chegada do INPS no HC para conversar com a direção geral para saber sobre a possibilidade de virem a ser firmados convênios para o atendimento de previdenciários carentes angiocoronariografia e transplante de córnea. A resposta do conselho é de aceitar o primeiro serviço. O segundo por questões relativas a honorários fixados pelas tabelas do INPS que não se apresentam compensadoras para o vulto e grande risco de tais atendimentos e principalmente porque outros hospitais de Curitiba também têm condições de efetivá-los. Mais tarde acaba aceitando o convênio. Quanto a convênios com Funrural, “em fase de transição (reforma universitária) não é considerado prudente que se cogite o aumento do compromisso já firmado. Nota-se que os riscos a que se referem professores manifestam na época que a assistência no HC se concentrava em atendimento de nível primário, de baixa complexidade.

É possível perceber que os dirigentes/conselho estabelecem relações bastante assimétricas com relação a órgãos governamentais. A decisão de definir quais serviços serão atendidos pelo HC e manifestação de que tais atores consistem em agentes de fato – deliberando e interferindo diretamente nos destinos do HC, amplamente referido como ‘nosso HC’, “nosso hospital”. É constructo coletivo que o hospital pertence aos professores do cursos de Medicina, pouco se associa também à UFPR que para muitos se apresenta como limitação, amarra.

Importante ressaltar que os atendimentos no HC não consistiam como base e referência para alta complexidade, ou seja, a prática do **ensino, pesquisa (ainda não localizado) e assistência** aconteciam por meio de atendimentos de baixo risco, ou baixa e média complexidade. Tais práticas estavam sustentadas em razões de **compensação, ganhos por atendimento** - daí a importância do Fundo de Reserva criado para depósitos originados pelos ganhos com a assistência - alicerçados no argumento de que outras instituições/hospitais poderiam arcar com tais relações de precariedade compensatória.

O reitor Algacir Munhoz da Rocha traz matéria de Brasília, discutida na XII reunião do conselho de reitores das universidades brasileiras que tem como tema a Implantação e Manutenção dos Hospitais Universitários, já dando início à consolidação de hospitais universitários como hospitais de assistência.

As críticas dos agentes do HC recaem com relação à demora para repor funcionários demissionários. Já iniciam os problemas associados à falta de recursos humanos via contratação do MEC. Esses são os primeiros indícios de retirada paulatina do MEC nos hospitais universitários.

As relações com a Secretaria de Saúde consistem no baixo comprometimento do HC com as demandas locais. Um ofício endereçado à secretaria da saúde expressa que o HC pode vir a participar, **sem maiores compromissos** dos estudos que a secretaria a pedido da prefeitura Municipal de Curitiba pretende realizar visando a implantação de **sistema coordenado de socorro local**. Convém lembrar que iniciativas governamentais apontavam ainda na década de 70 para serviços do HC mais localizados às demandas de governos próximos, como o municipal. Esse sistema coordenado de socorro local, embora não tenha tido adesão do HC na época mais tarde adentra nas práticas de assistência do HC de maneira unilateral, regulativa e coercitiva, principalmente pelo mecanismo adiante apresentado de Central de Leitos.

O convênio entre FUNRURAL e HC tem como coordenadores designados os professores: Alberto Acioly Veiga, Luiz Fernando Nicz, José Carlos Ross, Edmundo Reichman.

Em resposta às negativas do HC em atender detentos do Paraná, justificados pela periculosidade e por casos do HC do Rio de Janeiro o MEC faz recomendações do Ministro Educação e Cultura – “que o **hospital sirva mais e melhor à coletividade**, passando a atender todas as classes sócio-econômicas sem logicamente, perder sua finalidade de ensino”.

Firmado o convênio com INPS, FUNRURAL começa a se apresentar limitações. O Departamento de Pediatria, à época, chefiado por professor da Pediatria se manifesta contrário a tais empreitadas. Esse ator afirma que:

“todas as áreas apresentam problemas crônicos (...) **nosso hospital** não tem finalidade de confecções de um produto qualquer, mas cuida da Pessoa Humana e justamente quando ela está na doença, na incapacidade mental (...) devemos **permanecer igualmente fiéis aos nossos ideais, aspirações, e objetivos** – atendimento, ensino, investigações e pesquisas (...) mesmo que estas não coincidam com a maioria” (11/74).

Diante de tais inquietações o ministro Ney Braga se manifesta surpreso acerca da recepção do HC com o relação ao Convênio, manifestando comunicação com Euro Brandão

acerca do MEC para arcar com as despesas excedentes. A **tréplica** do conselho é de manter o posicionamento negativo considerando que este possivelmente será deficitário bem como acerca dos inconvenientes do pagamento global. Esses episódios acentuam as relações de poder via recursos autoritários do conselho do HC frente ao Ministério da Previdência, considerando que este, no momento se apresenta em condições de solicitação e proposições. São nítidas as tentativas do MEC de desprender os hospitais universitários de sua responsabilidade orçamentária bem como da articulação com outros ministérios.

Outro discurso marcante entre os agentes do HC consiste no fato de se pronunciar enfaticamente uma relação de propriedade do público: alusões ao ‘**nosso hospital**’ são amplamente encontradas nos registros do HC, desde seus primórdios. Essa consiste numa das lógicas de ação institucional dos agentes do HC frente ao Estado, frente aos convênios. (Friedland e Alford, 1991).

Dentre agentes externos tem-se o acompanhamento do presidente **da Associação Médica do Paraná** que lida em especial com os aditivos sobre o pagamento de honorários.

Propõe o diretor geral do HC a diminuição de 105 leitos de pacientes não contribuintes substituindo-os por pacientes contribuintes, em particular previdenciários. Nota-se aí a percepção de que atender a pacientes do convênio passa a ser mais interessante do ponto de vista econômico do que atender a indigentes (agora enviados pela Assistência Social), considerando em especial o fato de o MEC demonstrar movimentos de afastamento de responsabilidade orçamentária pelo HC. Além disso, com o INPS, algumas possibilidades de recursos com a CAPES, visando o desenvolvimento das áreas em termos de pesquisa.

Inicia a entrada da assistência em nível interestadual: Funrural aumenta para 320.000,00 e mais 50.000 para atender alguns municípios do estado de Santa Catarina. o INPS ainda não representa mais que 10% da movimentação do HC. O hospital recebe do INPS Crs 1.126.677, 42 e também fornece bolsas de estágio em 1976. Nota-se que novas definições acerca das finalidades são modificadas pela constatação de vantagens de natureza financeira para os agentes e para o hospital. O ‘indigente’ deixa de constituir material didático.

No início de 1976, o Diretor Técnico do HC (destaca-se que essa é uma posição imposta pelo Conselho de Medicina ao hospital) foi convidado pelo presidente do INPS para ocupar o cargo de sub-secretário da Assistência Médica do Paraná, deixando temporariamente

o HC (ele já foi médico residente do HC). Esse convite demarca o início das estratégias do INPS visando estabelecer proximidade mais objetiva com os agentes do HC. A partir de então é possível traçar outras práticas de aproximação dos agentes governamentais com os agentes do HC. Outro exemplo disso constitui-se na afirmação de Renato Pinheiro Machado, assessor do MEC, de que o HC- UFPR constitui um grupo de elite. Sobre o posicionamento do MEC, agentes intepretam:

“A política do Ministério da Educação tem sido de que os hospitais escola consigam recursos por meio de convênios com órgãos previdenciários. Que o convênio que o hospital tem com o FUNRURAL é até altamente vantajoso, pois paga mais do que fornecemos; que no entanto o que mantemos com o INPS pago por serviços prestados e que estes vem representando um valor muito pequeno. Que diante das necessidades do HC há necessidade de estimular o atendimento de previdenciários. (...) O prof.Dr. Israil Cat, do Departamento de Pediatria diz que infelizmente os departamentos não se conscientizaram de que precisam colaborar e executar aquilo que foi prometido, isto é 25% dos pacientes internados seriam pacientes do convênio.”

Determina-se que os departamentos precisam destinar 50% dos seus leitos para pacientes de convênio. Tais conclusões são assinaladas em abril de 1976 apontando para um dos principais dilemas do HC UFPR – como estabelecer práticas para o ensino e para a assistência, considerando o fato de grupos de professores entenderem ser necessário escolher pacientes para o ensino e agentes que, envolvidos com os problemas de abastecimento do HC que defendem a possibilidade e necessidade de se fazer assistência e a partir daí se fazer ensino e pesquisa. Nota-se que dentre os agentes do HC a preocupação que se sobressai é a de sobrevivência e vantagem financeira, mesmo que para isso tenha que se fazer assistência. Até aí o paciente continua como ‘material pedagógico’ não interessando qual seja a ordem de sua entrada, ou por deliberação dos departamentos ou por encaminhamento do INPS e Funrural.

Dentre as razões para adesão ao INPS, em acordo com seus dirigentes e conselheiros, está o fato de que o HC fica como o 1º centro de escolha, após preenchido o limite de atendimento os clientes seriam distribuídos para outros hospitais. O prof. Israil Cat opina que ‘provavelmente o hospital de clínicas está sendo indicado pelo custo mais barato pelo INPS do leito-dia. Para o diretor geral do HC, do ponto de vista administrativo tal convênio seria interessante, pois **sempre serão ‘doentes-pagos’**. Na mesma ocasião se põem em alerta para o fato de que vem decrescendo o número de internações do INPS e que todos os pacientes não

contribuintes, no caso os indigentes, apresentam uma média de permanência alta, o que torna alto o custo desses atendimentos. Ressalta-se que esse tempo médio de permanência é decorrente de **práticas de ensino e pesquisa de algumas disciplinas** – professores deliberavam sobre quem seriam os pacientes, bem como quanto tempo permaneciam sob **assistência** ou **pesquisa**. Algumas áreas estabeleciam tempo médio de permanência de 20 dias, enquanto doentes com a mesma característica permanecem 24-48 horas em outros hospitais. As respostas para tais práticas são controversas – uma delas pauta-se no fato de que existe o problema de honorários médicos, ou seja, que estes mesmos doentes internados em outros hospitais propiciam ao médico o recebimento destes honorários o que não acontece no HC: “Isso provavelmente induz a que o médico sempre mantenha os leitos dos hospitais particulares permanentemente ocupados, para poderem auferir melhor ganho. É próprio da nossa estrutura capitalista.”(Professor, 1976).

Os primeiros passos à **racionalização** na assistência do hospital decorrem de tais impasses e os dirigentes e professores do HC UFPR propõem um estudo com pacientes com mais de 2 dias de internamento. Os **comitês** passam a fazer parte do cotidiano do HC a partir desse momento como operacionalização das tentativas à racionalização. A cada situação problema posta em discussão são criados grupos de pesquisa interna; geralmente denominados comitês, com vistas a: **estudar, esclarecer, levantar informações** mais detalhadas sobre as condições dentro dos departamentos, tais comitês nunca assumiram caráter deliberativo. Em conseqüência, passam a compor a pauta de reuniões apresentando resultados e fornecendo prováveis decisões, na totalidade das situações, aprovadas pelos chefes de departamento, de disciplinas e membros da direção. Além do estudo detalhado das informações, há que se ressaltar que os envolvidos em tais comitês sempre foram compostos por membros do conselho de administração, ou seja, são chefes de departamento ou das disciplinas.

A portaria do INPS de 12.09.76 define que pacientes não previdenciários em estado de emergência que antes eram pagos pelo INPS agora não mais serão; aumentando o número de pacientes não previdenciários e não pagos, daí a carência de recursos. Possibilidade de diminuir pacientes não pagos. A direção geral do HC, em resposta à portaria insiste entre os professores que há necessidade de maior conscientização de que o “**HC não é mais um hospital de indigentes e não deve mais ser interpretado como tal e sim como hospital de ensino portanto selecionador de sua clientela**”. Dilema: escolhe-se pacientes para ensino e

se atende com insuficiência de recursos financeiros ou se faz assistência paga, com a possibilidade limitada de escolher pacientes. Esse contexto abre espaço para discussões acerca da missão do HC, bem como para a entrada de pacientes pela ‘porta dos fundos’, considerando o fato de algumas áreas tentarem por conta própria instalarem pacientes de sua escolha.

Novo atendimento, menores da FUNABEM em caráter provisório. Custo do leito nessa época Cr\$ 200,00 sem contar o pessoal, contando 416,00. FUNRURAL custearia 110 leitos permanentemente, sendo que oscila entre 85-90 leitos. O MEC contribuiria com outros 110 leitos ocupados por pacientes não contribuintes previdenciários. Os outros 218 ficariam custeados pelo INPS. O orçamento é geral HC - o que provoca “quentes discussões” - mas os departamentos e disciplinas precisariam se integrar no sentido de **reduzir o tempo de permanência. Tenta-se estabelecer limites entre pacientes pagos e não contribuintes. E alta rotatividade dos pacientes do INPS.**

A alta administração local do INPS solicita que o HC tenha uma central de Emergência e Triagem. O HC examinaria e definiria todos os casos, internando-os se fosse essa a escolha ou encaminhando a outros hospitais credenciados. O professor da área de pediatria é favorável considerando o Ensino acerca de condutas em emergência. Outros alertam para o fato da “penetração do INPS no hospital” e talvez corrompendo o aspecto ético devido ao contraste global em vigor, já denunciado várias vezes por entidades representativas da classe médica. Agentes percebem tais movimentos como inevitáveis e que pode ser aumentada a clientela, fornecendo lucro e assim **“criar meios e estudar formas de pagamento de honorários médicos”**, daí a contrapartida como promessa. Nota-se que as práticas de assistência do HC em especial, vinculadas a convênios têm a relação direta com finalidades mais econômicas do que de ensino e pesquisa, na medida em que se busca tornar o hospital rentável e encontrar formas de pagamentos de honorários médicos a professores. Essa reorientação institucional tem para seus agentes intencionalidade pragmática. (Domingues, 2004)

Atores aceitam tais proposições desde que sejam desde que sejam contratados funcionários, ajustadas as estruturas físicas, e apoio logístico. Em seguida são aprovadas a redução do número de leitos por proposição da Diretoria de Enfermagem, considerando o número limitado de enfermeiros. Nota-se que em 1977 se tem o primeiro registro de

interferência da Direção de Enfermagem no HC. Importante lembrar que a área de enfermagem nunca foi dirigida pelo curso de Enfermagem.

O Convênio firmado entre INPS e UFPR é integrado por professores do conselho, que sugere a distribuição dos percentuais de subsídios da seguinte forma:

Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Obstétrica: 15% do valor

Berçário: 3% (vindos da obstétrica)

Isso em acordo com a participação na obtenção dos subsídios.

Agentes do HC discutem a comparação entre o que o INPS paga ao HC com relação aos outros hospitais - considerando o contrato global. Números indicam uma diferença de 12.5% (mais) e acreditavam que fosse maior. Sendo uma diferença também pequena no que concerne a honorários. Sugerem que se pague essa diferença de honorários evitando assim o aspecto da concorrência entre hospitais. A equação do lucro com o convênio global atual, para o conselho é: **aumentar o número de atendimentos e diminuir a média de permanência.**

Mesmo diante de tais constatações, os convênios sofrem redução nos atendimentos tendo como justificativa a falta de pessoas, funcionários: acerca do INPS, o número de leitos passa de 438 para 307 (30%); atendimento ambulatorial – 1468 para 1030; consultas de 365 para 256; reconsultas de 1520 p/1065; “o atendimento do INPS se reduzirá de 1980 p/ para 1386. Com relação ao FUNRURAL, os indicadores de assistência também sofrem quedas: 300 doentes para 210; pronto atendimento 24h. de 12000 para 8200. O MEC em resposta intervém e faz intervenções junto ao DASP para solucionar o problema.

Em 1977 a receita do hospital foi de Cr\$ 29.759.619,81 gerados por convênios Cr\$ 10.824.188,52 sendo Cr\$ 5.204.999,69 do FUNRURAL, 4.800.060,35 do convênio com INPS, e Cr\$ 819.128,48 do convênio com a divisão Nacional do Câncer. Os Convênios correspondem a 37% das receitas do Hospital. A maior parcela tem origem no FNDE – Cr\$ 9.850.000,00, tendo parte destinada ao pagamento de residentes – já que a residência é reconhecida como curso de Pós-Graduação pelo MEC. Nessa época a Pediatria infantil consegue Cr\$ 800.000,00 para terapia intensiva infantil. Nota-se a projeção dessa área nos campos de assistência e pesquisa. Destas receitas, são subtraídas as seguintes despesas, demarcando as primeiras dificuldades com a contratação de pessoas, considerando as

dificuldades via recursos do MEC. Essas contratações dão origem a um dos problemas mais sérios do HC com relação a recursos humanos e que se arrastam no tempo:

Despesas com material de consumo: Cr\$ 14.600.000,00

Despesas com pessoal contratado Cr\$ 2.400.000,00

Remuneração de serviços pessoais: Cr\$ 2.500.000,00

Equipamentos instalações permanentes: Cr\$ 1.900.000,00

O diretor geral do HC afirma estranheza a nova minuta de convênio entre hospitais de ensino e o Ministério da Previdência Social, e que todas as considerações em Brasília não foram consideradas. O novo convênio levaria a insolvência do hospital e prejuízos diretos ao ensino. Iniciam as inconsistências de acordos acompanhadas de reclamações via denúncia pública do FUNRURAL sobre o mau atendimento do HC aos pacientes tendo como explicações o fato de as pessoas vindas do interior encaminhadas sem aviso prévio.

O diretor geral do HC também inicia a busca de verbas em Brasília. Aumento de pessoal custeado pelo MEC (volta Euro Brandão). Outro pedido de financiamento ao FAS para equipamentos. Comprovado o “absurdo e a inviabilidade do convênio INPS” (1978). O MEC como resposta pede documentação que comprove a estrutura de custos do HC via Reitoria, para então recorrer ao Ministério da Previdência. O MEC reforça a posição de tentar se livrar dos custos dos hospitais universitários, negociando claramente as responsabilidades a outros ministérios. Tal fato tem causado insatisfação entre a maioria dos professores do Setor de Ciências da Saúde e principalmente do HC na medida em que enfraquece a relação de ensino estabelecida para os hospitais universitários. Como será apresentado, tais práticas de desvinculação orçamentária são constantes e irreversíveis.

O INAMPS propõe convênio em que os honorários médicos correspondem a 40% do subsídio, intermediado pela **Associação Médica do Paraná**. Na avaliação dos agentes será pior para o hospital. A Direção Geral do HC convida o superintendente do INAMPS para almoçar no hospital e discutir o convênio. Convida os conselheiros a tomar parte na ágape. Assume-se que as interações com os convênios consistem em processos de lutas constantes.

FUNRURAL-INAMPS – convênios se aliam. Na sequência tem-se uma avaliação retrospectiva da atuação do HC frente à assistência em reunião de conselho composta por professores chefes departamento, chefe do setor de ciências da saúde e direção do HC:

“O aspecto do honorário médico em si, dentro de um hospital universitário como o nosso, onde todo o corpo clínico já percebe um salário, constituiria um aspecto ético delicado. Não deveria envolver a Associação Médica. (...) Durante o primeiro decênio de atividade o **nosso hospital atendeu exclusivamente pacientes não contribuintes**. Esse atendimento era realizado na sua maior parte por professores de medicina e um pequeno número de médicos do quadro de funcionários do hospital, que hoje se enquadram no FUNRURAL. Assinou-se o primeiro convênio com essa instituição com um subsídio global mensal muito modesto. É preciso salientar que nesse ponto **sequer foi cogitado na época** qualquer remuneração aos médicos pelo atendimento a essa nova categoria de pacientes, principalmente porque nada mudou no que dizia respeito a carga horária e atenção dos professores e médicos que compunham o corpo clínico. Em 1974 fomos o primeiro hospital universitário brasileiro a assinar o chamado Convênio Padrão MEC/MPAS. **Desse modo passou o HC a receber um novo tipo de clientela, um pouco mais exigente de atenção que as anteriores, criando um problema até então inexistente – o paciente que agora se internava era o mesmo que podia ser atendido em hospital particular**. Surgem as primeiras discussões em torno dos honorários. Também aqui é conveniente ressaltar que o tipo de subsidio do novo convênio foi bastante diferente do existente com o FUNRURAL. Nem totalmente global, tão pouco exigindo conta nosocomial como nos hospitais particulares. Inteligentemente, transferiu às administrações hospitalares a preocupação com média de permanência nos leitos, exageros nos exames complementares prescrições muito onerosas. Com a generalização do novo convênio na rede hospitalar universitária numerosas reuniões nacionais aconteceram envolvendo os ministérios do Planejamento, da Previdência, Educação, Associações Médicas. A todas a direção do HC esteve presente e teve a oportunidade de registrar como conclusões habituais as seguintes: a) aceitação pela maioria, dos termos do convênio padrão; B) subsídio insuficiente; c) recomendação de não pagamento de honorários a médicos em horário de expediente. Em virtude dessa última conclusão e sentindo que **de algum modo o corpo clínico deveria ser estimulado a atender essa nova clientela que lhe exigia mais atenção e que sob certo aspecto lhe era desviada de outros locais de trabalho, adotou o Conselho de Administração e Planejamento do HC atitude pioneira mais tarde disseminada em outros hospitais universitários. Mandou destacar 15% do valor dos subsídios realizados pelas disciplinas creditando-lhes para uso próprio**. Na aquisição de material de consumo, publicações, custeio de pesquisa etc. **De um lado traz algum prejuízo individual de outro, preserva o comportamento ético**. Ressalta do exposto que a sugestão de modificar o convênio UFPR/FUNRURAL individualizando honorário profissional no valor de 40% do subsídio sobre ser fator de alto risco desencadeando comportamentos anti-éticos e ilegais e também prejuízos ao hospital que sem destaque de honorários já são insuficientes para o custeio dos leitos. Solicita-se que o convênio FUNRURAL seja simplesmente renovado porém com subsídios mais expressivos. (Ata de 10/07/1979).

Em Brasília, 1983 o HC foi considerado hospital de primeira classe e como Hospital de Excelência. Com incentivos de 30% sobre os valores do convênio. É posto em discussão a nomenclatura AIH - Autorização de Internação Hospitalar. O que rende a dúvida em torno do caráter de Convênio/Autorização. Conforme explicitado, essa medida regularia de alguma

maneira o atendimento/internação em acordo com regras externas e pouco controláveis. **Perde-se a capacidade de deliberar sobre que pacientes atender.**

As regulamentações se estendem às práticas mais cotidianas do hospital, como por exemplo o simples **preenchimento de prontuários médicos**. Um exemplo disso é a criação de auditorias internas do HC. Em um dos relatórios, o professor Edson Novak – chefe de auditoria do Hospital - denuncia graves irregularidades quanto ao preenchimento de prontuários médicos. Dentre os problemas: **prontuários incompletos, com subtração de páginas, prontuários sem qualquer anotação médica preenchidos só por doutorandos ocasionando cobranças por parte do INAMPS**. Tais registros passam a ser importantes para o INAMPS em termos de avaliação da assistência, bem como o registro dos procedimentos para futuro pagamento associado ao custeio do atendimento realizado no hospital. Nota-se aí as primeiras incursões externas às práticas de assistência do HC via estruturas regulativas como as auditorias do INAMPS. O território do ‘nosso’ hospital passa a ser, de alguma maneira, regulado por agentes externos.

É no final de 1984 que são desencadeados os primeiros contatos diretos com o Ministério da Saúde. A partir de então começa a ficar clara a relação entre o HC e a **assistência**, bem como os primeiros discursos em torno da assistência acompanhada de **ensino**.

Em 1985 os três ministérios envolvidos com o HC deliberam acerca do Sistema Nacional de Saúde, pondo em definitivo o papel de **assistência** dos hospitais universitários. Os Ministros - da Saúde, da Previdência, e da Educação - considerando as diretrizes e os objetivos do governo quanto ao desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde considerando o disposto na resolução CIPLAN que preconiza as Ações Integradas de Saúde como **estratégia de reorientação** do referido sistema, considerando ainda a **necessidade de racionalização dos recursos alocados no setor de saúde** resolvem:

- 1) Ratificar a estratégia da AIS, dando ênfase às diretrizes interinstitucionais: **participação e controle social, descentralização, universalização do atendimento**.
- 2) Reiterar o atendimento de que as Integradas de Saúde dizem respeito a todas as ações de saúde exercidas em nível de cada unidade federada.
- 3) Reiterar o papel da CIPLAN, CIS, CRIS, CLIS e das demais instâncias de coordenação da AIS **como efetivas gestoras** do processo nos níveis correspondentes.

- 4) Reconhecer o conselho nacional da secretaria da saúde (CONASP) como membro regular da CIPLAN.

Na sequência, é emitido expediente do MEC para o Setor de Ciências da Saúde - UFPR contendo definições claras acerca do posicionamento do Setor de Ciências da Saúde quanto às novas definições, cobrando do referido setor posicionamento sobre necessidades de ensino e pesquisa e contrapartidas assistenciais:

“Senhor diretor do Setor de Ciências da Saúde, tendo em vista a portaria 57/85 que instituiu um grupo de consultoria hospitalar a fim de elaborar estudos sobre **administração e finanças** dos hospitais universitários e outras atribuições, vimos solicitar a vossa senhoria que informe ao coordenador do grupo – Lindenberge Farias, **quais são as expectativas de sua instituição em relação ao hospital universitário no campo de ensino e pesquisa e qual a participação dos docentes nas responsabilidades assistenciais do hospital.**”

Esse documento demarca a solicitação do MEC à área de ensino e pesquisa ao setor de Ciências da Saúde demandando a construção de novos significados para a prática do docente. Muitos professores manifestam não reconhecer a prática de assistência como responsabilidade de docentes.

No final de 1985, em decorrência de pressões de natureza regulativa é criado o Conselho de Ética Médica (05/11/85). Aparentemente o conselho visa a normatização e fiscalização interna das atividades médicas tendo pouca influência sobre as atividades de **pesquisa**. Um dos primeiros problemas a serem enfrentados residia no laboratório do HC - “praticamente ninguém mais acredita no laboratório.” O curso de **Farmácia** cogita auxiliar o laboratório. É possível verificar a baixa interferência do Curso de Farmácia nas atividades do hospital até os últimos períodos de análise.

Dificuldades se aguçam quando as contas do HC são glosadas em auditoria feita pelo INAMPS. As glosas consistem em práticas coercitivas/regulativas amplamente conhecidas entre hospitais públicos e privados, porque representam **o não reconhecimento das veracidade dos registros de procedimentos da assistência**. Quando procedimentos e contas são glosadas os convênios não fazem o ressarcimento financeiro. Para os problemas, apontam-se razões. O Departamento de Pediatria – considerado na época centro de excelência pelo Ministério da Ciência e tecnologia - argumenta que ‘os problemas que o hospital enfrenta decorrem da omissão dos departamentos que não executam as funções que devem executar, passando para o conselho de administração a resolução de problemas que deveriam resolver

no seu próprio departamento. Geralmente os problemas a que o professor se refere estão associados à **capacidade de assistência**.

É em 1986 que acontecem as primeiras constatações acerca dos caminhos porque atravessa o HC- UFPR, em especial a comparação com a situação de outros hospitais de Curitiba, e o impacto de suas práticas nas práticas de assistência, ensino e pesquisa no HC. Professores, chefes de departamento denunciam que a **prática de alguns hospitais têm sido de encaminhar ao HC pacientes cujo custo dos atendimentos que ultrapassam a tabela de pagamentos dos convênios**.

“1º) Chegam ao ponto de trazer uma ambulância sem enfermeira e **jogam o doente aqui e a ambulância vai embora**. 2º) criando um problema ético e moral porque não vai o **residente** explicar que não pode atender o paciente porque não é nosso; por último **existe um grupo de médicos, alguns do hospital (HC) e que trabalham em outro hospital, ou são donos de hospital que todo doente que ultrapassa o operacional deles mandam para cá**.” Outros hospitais também fazem isso: Cajuru e Hospital Municipal de pronto-socorro.

Essas afirmações pontuam episódios que marcam na sequência as práticas de ensino, pesquisa e assistência. Os pacientes agora, não são escolhidos, **são arremessados** ao sistema de **assistência** do HC que se vê moralmente incapaz de rejeitá-los. Tais fatores condicionam o HC à prática da assistência de alta complexidade, a prática de **ensino**, e **pesquisa** que se percebe condicionada a lidar com pacientes de alta complexidade, sem necessariamente estar preparada tecnicamente para tais condicionantes. Em meio a isso o INAMPS propõe aumento no número de atendimentos.

Em 1987 iniciam as relações com agentes locais, em nível municipal. Tais relações são intermediadas pela reitoria. “Em nosso HC foi feito almoço com secretários municipais e reitor e pro reitores para discutir sobre o pronto socorro”. Essa relação é decorrente da necessidade de se instalar no HC o serviço de Pronto Socorro. Ressalta-se o pronome possessivo “nosso” ainda bastante empregado nos discursos de agentes do HC.

Em outra ocasião, novo almoço com:

“o prefeito Roberto Requião cuja administração tem desenvolvido o melhor sistema de atendimento à saúde da população já praticado em Curitiba e provavelmente em qualquer metrópole brasileira assumiu a proposta de arcar com a construção do prédio de pronto socorro. No almoço, a presença do prefeito, secretário de saúde, e reitor. (04/05/87).

Nota-se a agência do professor da pediatria, que na apresentação do Plano Diretor do HC apresenta planos para transformar a Clínica de Pediatria em Hospital da Criança. São acessados recursos informacionais e relacionais para tanto.

A imprensa também constitui num dos agentes exógenos de pressão ao HC na medida em que adota práticas de divulgação tendo como temas mais recorrentes – o **denuncismo**, e as apresentações acerca das dificuldades de **sobrevivência** do hospital. Um exemplo disso são as denúncias sobre uso **abusivo de marca-passos no HC**, ou desaparecimento. Dirigentes do HC acusam a Reitoria, que nega as acusações. Em acordo com os relatórios, na época foram implantados 11 marca-passos, mas o pedido foi de 274. A direção do Corpo Clínico é atingida. Em meio a isso, novas discussões em torno do fechamento da Fundação da universidade. A reitoria entra em cena e promove auditoria feita pelo MEC e TCU (Tribunal de Contas da União) na UFPR e na fundação. As contas são rejeitadas por irregularidades, e os marca-passos, em acordo com a auditoria foram desviados. A partir desses episódios o TCU tem realizado diversas auditorias no HC e na Fundação, passando a configurar num dos principais órgãos de fiscalização do HC, não só nas contas, mas também nas rotinas dos funcionários e especialmente dos professores.

Em protesto, os dirigentes e chefes de departamento alegam que o orçamento geral para todas as universidades têm sido mal distribuídos. Cerca de 30% de 592 bilhões de cruzados têm sido destinados a PUCs, e que a UFPR ainda não recebeu recursos.

Na Jornada Científica do HC, dirigentes tentam aproximação com o INAMPS, operacionalizada no convite ao presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro. Em paralelo o PNADHU – Plano Nacional de Apoio ao desenvolvimento dos Hospitais Universitários – manifesta esforços do HC pela absorção dos funcionários da Fundação pelo MEC. A falta de recursos no HC se expressa também na ausência do serviço de hemodinâmica. Como alternativa, os dirigentes se percebem propensos à contratação de uma empresa privada para tais serviços, dentro do HC, recebendo pelo INAMPS.

No início de 1988 estão em vigor as diretrizes das ações integradas da saúde: **regionalização, hierarquização, referência e contra-referência**. O HC está no topo da pirâmide no sistema de saúde do Paraná. A direção geral então expõe que **se houver interesse de algum departamento em organizar serviços de referência, a direção apoiará; pois é**

uma maneira de se conseguir melhores condições de assistência, ensino e pesquisa, prestígio e recursos para o desenvolvimento do hospital de clínicas.

O reitor da UFPR aponta para a necessidade de haver um projeto mais arrojado nesse sentido ponderando que se **cada especialidade resolver desenvolver um serviço de referência existirá dificuldade de espaço**. A decisão é pelos serviços de alta complexidade como portadores de recursos alocativos, em especial **o espaço físico**.

Decorrente dos constantes conflitos com a Fundação da UFPR, em 1988, dirigentes e professores sondam o MEC sobre a aceitação de uma fundação Pró-hospital. Tem-se como resposta do MEC que se acredita não ser viável a criação de fundação, **recomendando as Sociedades Civis de Apoio** aos hospitais universitários a exemplo do Instituto Nacional do Coração, Fundação Zarbini ou pelo Hospital Walter Cantídio de Fortaleza. Enquanto isso, MEC, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência continuam atuando com verbas no HC. Destaca-se que as verbas do MEC são de caráter pontual e providencial. A tendência do MEC se manifesta a preservar as Fundações (mais tarde consideradas ilegais) para os Hospitais Universitários.

Em Workshop Brasileiro de Histologia (Ministério da Saúde) é comemorada a vinda de cientistas da Alemanha, EUA e Itália. Durante os agradecimentos, discursos providos de citações que articulam Ciência e Fé: de Einstein “fé sem ciência é cega e ciência sem fé é capenga”; de São Paulo apóstolo dos Gentios “se a ciência incha só o amor constrói”. Tais discursos têm apelo moral frente os docentes na medida em que ampliam o sentido de suas atividades nos hospitais. (Alexander e Smith, 1993)

No final de 1988, é assinado o convênio com a Prefeitura Municipal de Curitiba decorrentes das políticas de hierarquização do atendimento. Inevitavelmente, o poder público Municipal inicia suas incursões ao cotidiano do HC. Isso especialmente em função das políticas de assistência voltada às necessidade **locais**. É interessante notar a possibilidade de desconforto de dirigentes e professores do HC considerando o fato de estarem de alguma maneira, ligados ao Governo Municipal muito mais que ao Governo Federal. A **Municipalização** traz junto de si a noção de redução. Relembra-se a recusa de convênios com o município ainda nas décadas de 60 e 70.

Já no início de 1989 é posto para os Hospitais o **Índice de Valorização Hospitalar Extra-Mural**, uma percentagem paga pelo INAMPS a determinados HUs sobre a fatura,

10%. Esse percentual seria o resultado de avaliações feitas por auditorias e relatórios acerca das atividades dos Hospitais Universitários (02/89). Os controles de todos os procedimentos passam a ser fundamentais. Para se ter uma idéia, o Departamento Estadual de Arquivo Público arquiva microfilmes do HC, sem custo. Destaca-se a importância dos **registros** dos procedimentos de todos no HC em especial na direção e na assistência.

Além do controle dos processos, o controle sobre os resultados também é intensificado, e o discurso em torno da **produtividade** é reforçado. Dentre as conclusões está a máxima: para melhorar o salário dos funcionários é preciso melhorar a produtividade das pessoas. A produtividade passa a ter sustentação externamente, via INAMPS e internamente como mecanismo de recompensa a funcionários de todos os níveis da Fundação que insistem pelo aumento salarial e pela isonomia.

Nessa época, João José Candido da Silva (da UFSC) deixa a Assessoria Especial de Ciências da Saúde, do MEC e no Congresso Nacional é criado o Projeto de Lei sobre o **Sistema Único de Saúde (SUS)**. O discurso:

“Pretendemos que os hospitais universitários em primeiro lugar têm que estar integrados no sistema, não podem estar alienados: que nossos Hospitais sejam instituições absolutamente peculiares, portanto além de estarem inseridos no Sistema de Saúde, também estejam no Sistema de Educação no Sistema de Ciência e Tecnologia.” (1989)

Alguns agentes do HC pontuam a necessidade de existir um convênio em nível de **Ministério de Saúde e não em nível de Secretaria de Estado**. Ressalta-se aí a percepção já indicada de interperatção de redução dos papéis do HC quando exige paridade com o nível Ministerial/Federal. Tal episódio consolida e impõe a **integração de sistemas**. Quando interrelaciona e **submete** os Hospitais Universitários especialmente ao Sistema de Saúde obedecendo a hierarquização.

O Ministério da Educação já se posiciona frente a estas questões, quando o Ministro da Educação e Cultura Carlos Sant’ana pronuncia que os hospitais **precisam de dinâmicas gerenciais mais ágeis que as universidades** – o que sinaliza claramente o propósito do MEC de repassar as responsabilidades dos Hospitais Universitários agora ao Ministério da Saúde.

Em meio a todas essas condições os agentes diretores e chefes de departamento do HC tentam alternativas:

“o que está em jogo é o futuro do nosso hospital. Ou se conquista agora uma personalidade jurídica, uma situação bem definida com os elementos fundamentais para termos um bom Regimento Interno, um posicionamento adequado dentro do sistema de saúde com instrumentos gerenciais essenciais tais como um convênio com o SUS ou ficamos como um **pseudópodo da secretaria da saúde ou mesmo da universidade**, com carência de recurso, autonomia e personalidade. (07/03/89)

Confirma-se aí o desconforto dos dirigentes e professores do HC quanto aos sistemas de interação estabelecidos. O que se quer é continuidade de independência da universidade, das secretarias – e se isso form impossível se deseja atuar em nível Federal/Ministerial. Dentre os enunciados acerca das providências do MEC:

“Os Hospitais Universitários e de Ensino do MEC (HUE/MEC) são órgão de apoio das respectivas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Os HUS contarão com um conselho de administração constituído por Diretor, Diretor de Centros de Ciências da Saúde, Chefes de Departamento, Representantes de funcionários, Alunos, da Reitoria e **do SUS**. O diretor será designado pela IFES, depois de ouvida a comunidade. O representante do SUS será indicado pelo Secretário de Estado.

São os objetivos dos HUEs – O ensino das profissões da área da saúde de nível superior e técnico e a formação de recursos humanos para estas áreas em nível de graduação, pós-graduação e educação continuada;

1. A pesquisa na área da saúde em nível de pesquisa aplicada e pesquisa pura;
2. A assistência à saúde da população através da integração programada no Sistema Único de Saúde.

Financiamento dos Hospitais Universitários

1. Recursos orçamentários do MEC que será responsável pelo provimento do pessoal técnico-administrativo;
2. Recursos orçamentários das respectivas IFES - Instituições Federais de Ensino Superior equivalente a no mínimo 8% de seu orçamento de Outros Custeios de Capital (OCC);
3. Recursos do Ministério da Educação alocados através de convênio do Plano Nacional de Apoio ao Desenvolvimento dos hospitais universitários. (PNADHU) para **programas específicos** de obras, equipamentos e capacitação gerencial;
4. Recursos das agências e instituições nacionais e internacionais de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico alocados através de convênios específicos
5. Recursos do SUS em contrapartida a serviços assistenciais prestados através de convênio-padrão Ministério da Educação - Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a ser substituído, após lei complementar do SUS, por convênio-padrão Ministério da Educação – Ministério da Saúde (MS);
6. Outros recursos através de convênios e doações (via mesmos benefícios da Lei Sarney).” (Ata de 07/03/1989)

Também é concedida a possibilidade de Fundações dos hospitais, pessoa jurídica de direito privado, tendo o mesmo conselho de Administração do hospital para atividades de

apoio técnico-administrativo, projetos de pesquisa e assistência. Sendo cadastrada no MEC. Na gestão financeira dos recursos do tesouro Nacional, ficam obrigadas:

- 1. Princípio das licitações;**
- 2. Prestação de contas ao Tribunal de Contas da União**

Diante de todas essas imposições os agentes do HC interpretam que os Hospitais Universitários têm que continuar obtendo ‘verbas’ do MEC e ‘receita’ dos serviços prestados. Afirmam que **é injusto o SUS investir em ensino e pesquisa, quando é obrigação do MEC**. Acreditam serem importantes as fundações, mas idealizam autarquia autônoma, dispensando a fundação se fosse necessário. Posições parecem se concentrar em duas condições: ou o MEC ou autonomia. Essa mudança institucional é mais evidente tendo em vista que os modelos dos laços entre os agentes das instituições são arbitrários. Tem-se então a possibilidade maior de heterogeneidade social. (Carley, 1991; Padget e Ansell, 1993).

No final de 1989, a Farmácia Hospitalar do HC, depois de averiguações do MEC foi escolhida como um dos 4 centros de referência para Farmácia Hospitalar. São resultados da Vistoria feita por arquitetos da Assessoria Especial de Ciências da Saúde do MEC, ainda demarcando alguma intervenção do MEC nos hospitais universitários.

4.4.1 Década de 90: aprofundamento do debate em torno do SUS

Conforme fora indicado, uma prática recorrente no HC consiste na busca por recursos financeiros em fontes diversificadas e pontuais, isso principalmente a partir do momento em que o MEC repassa as atribuições e competências a outros ministérios e a convênios públicos. Agentes do HC passam a aquiescer em torno dos convênios com o SUS utilizando-se do argumento de assistência para a mobilização e captação de recursos financeiros de fontes diversas. O Conselho de Administração do HC, em 1990 encaminha ofício ao governador do Paraná:

“Exc. Gov. do Paraná, o Sistema Único de Saúde, em fase final de aprovação no Congresso Nacional configura um modelo descentralizado, regionalizado, hierarquizado, que preste atendimento integral a população de forma universalizada. A estrutura do sistema de saúde que está procurando construir no Paraná estabelece uma rede hierarquizada de serviços de saúde, e define o HC como instituição de máxima referência hierárquica para onde convergem isso em última instância os casos de maior complexidade. (...) quanto ao seu custeio não recebe nenhum tipo de recursos (...)

dirigimo-nos a vossa Exa. a fim de solicitar recursos financeiros no valor de 36 milhões de cruzados novos para conclusão de novos serviços”.

Na mesma época, conforme indicado no ofício, as questões acerca do SUS são discutidas sob ambiente de pressão e conflitos na tentativa de manutenção de controle sobre recursos alocativos e autoritários do HC, alocativos em termos de verbas e financiamento e autoritários em termos de autonomia do HC. Sobre a Lei Orgânica, em que o Ministério da Saúde passa a ser gestor da saúde, alguns professores, chefes de departamento se manifestam:

“O tesouro que paga a massa crítica da universidade e os residentes, e é do SUS que vem a nossa manutenção. Se nós admitirmos a absorção do INAMPS pelo Ministério da Saúde, isso traria como consequência política indireta da nossa absorção pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em resumo a ficar sem a **nossa autonomia**. (...) Até quando vamos viver esta situação que estamos vivendo do HC ser centro de excelência na realidade, mas de fato, isso não ter conseqüências práticas pelas seguintes razões: **nós estamos assumindo praticamente todos os problemas sérios de todos os hospitais, de 80 a 90% dos hospitais particulares que nos mandam os doentes como referência, mas onde o motivo maior não é nossa excelência** no que estamos prestando mas é uma situação política-econômico-financeira, do doente indigente ou indigentizado. Por outro lado também surge o problema na medicina onde a ética-moral que deveria existir está desaparecendo (...) Hoje existe um marketing para transformar a imagem do hospital como Santa Casa, dando aquela imagem das antigas santas casas. (...) **Não teremos de maneira nenhuma personalidade política enquanto atendermos só o que os outros hospitais não querem atender por problemas econômicos (...) Temos falta de pesquisa e investigação, mas não estamos ‘vestindo a camisa do hospital’ . (...) Estão explorando médicos e professores com objetivo de alienar o nosso hospital.**”

Nota-se a partir desse discurso alguns episódios importantes às definições das práticas de ensino, pesquisa e assistência: a assistência de referência e os atendimentos de alta complexidade não são derivados do fato do HC concentrar excelência em pesquisa e ensino; são decorrência de deliberações acerca de processos de viabilidade econômico financeira de outros hospitais particulares. A urgência das condições instaladas influenciou o desenvolvimento da assistência, da pesquisa e do ensino. Mais tarde... O Hospital atende alta complexidade porque é centro de excelência ou é centro de excelência porque atende casos de alta complexidade?

Além da tentativa do HC de negociar com o SUS para **não ser “um hospital de fim de linha” do que dá prejuízo para os serviços privados uma das principais alternativas consiste em “receber clientes privados no 4 andar”**:

“(…) nossa elite de professores pode mudar essa situação. Se nós tentássemos um plano tal onde o professor possa trazer seu doente particular todos ganhariam com isso, inclusive os funcionários e o próprio hospital. O problema é que o HC não ‘está preparado para pacientes diferenciados”.

Para se ter uma idéia das caracterizações acerca de atendimentos diferenciados a paciente diferenciado ilustra-se com a afirmação de um professor do conselho sobre a dificuldade para estacionar o carro, o que dificulta o interesse dos professores.

O discurso de professor paraninfo de turma de formatura ilustra as condições a que se sentem expostos professores médicos que atendem via convênio, bem como as iniciativas à construção de significados negativos com relação à assistência operacionalizada pelo SUS:

“(…) Ireis sentir as dificuldades de exercer uma profissão socializada em uma sociedade capitalista, sendo a vossa consulta remunerada pela previdência social em valores inferiores aos de um corte de cabelo, atualmente em NCZ\$ 31,37 com a ressalva de que esse valor vos será pago dois ou três meses após, sem qualquer correção. Mas cuidado se tentardes protestar, não faltarão pessoas acusando-vos de querer mercantilizar nossa nobre arte.” (01/90)

Para se ter uma idéia das condições do contexto - no Paraná 11 hospitais fecharam por conta das precárias relações INAMPS e Previdência Social. Vários reduziram o atendimento via tais convênios, dado a impossibilidade de custear a saúde com os valores pagos. O Conselho de Administração do HC encaminha carta ao Ministério da Educação alertando a situação crítica do sistema MEC/MP, pouco antes de serem feitas transições das responsabilidades do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

Os reajustes dos valores dos procedimentos não acontecem. No HC se faz as **contas** e se percebe que as internações do bloco central dão prejuízo e os atendimentos ambulatoriais dão lucro que compensam os prejuízos das internações hospitalares. A Farmácia, por exemplo, apresenta aumento de despesas decorrentes desses atendimentos hospitalares.

Em tempo de transição do INAMPS para o SUS, é recorrente os pacientes serem encaminhados a porta do HC, sem sequer se avisar o hospital por telefone. O Conselho de Administração propõe para isso: **conscientizar o Secretário de Saúde de que Curitiba precisa de uma central de internação; de que o HC não tem obrigação de atender todo mundo; revisão de dimensionamento para Maternidade. Reiteram que “o HC é sistema de referência do Estado mas não tem condições para isso.”** Mais tarde, os esforços da secretaria com a primeira reivindicação “central de internação” que constituirá na sequência Central de Leitos é amplamente criticada pelo próprios proponentes.

A Lei Orgânica da Saúde é aprovada em 20/09/90 definindo que Hospitais Universitários são ligados ao MEC e Ministério da Saúde.

Na contramão discute-se a privatização do Hospital via atendimento de pacientes particulares. Ex: SUS paga 4 transplantes mês, mas a capacidade é de 8, logo transplante de pacientes particulares a partir do 5 procedimento. Várias denúncias, reportagens, auditorias dificultam o êxito desses propósitos na sequência.

O Ministro Alcení Guerra apóia a continuidade do ao Projeto do Instituto de Pediatria. São destinados 160 leitos terciários e quaternários para Pediatria, no bairro Capanema. No Campus II Jardim da Américas. 10 mil metros cedidos pela reitoria e pelo prefeito da Cidade Universitária via prof. Tadeu Javorski.

Para assessorar os Programas Interinstitucionais é indicada uma enfermeira. A área de enfermagem tem sido empregada no HC como intermediadora em especial de convênios.

As críticas aos professores que não cumprem com obrigações são recorrentes e o Setor de Ciências da Saúde e reitoria são chamados ao envolvimento com o problema. Nota-se que o discurso com relação ao professores é coercitivo na medida em que deixa claro que estes devem ‘funcionar’ tornando o HC um hospital de receita e verba, entenda-se de Assistência:

“Há necessidade de traçar um plano real, unindo forças, e fazer com que os 60% da massa crítica (professores) que não funciona, funcionar ou tomar outra atitude. Tornando o HC um hospital de receita e verba”. (Ata 14/01/91)

Em 1992 são desenvolvidos os primeiros contatos com a Prefeitura de Curitiba para definir previsões de atendimento. Tais movimentações são decorrentes da hierarquização do atendimento tendo na **Municipalização** a definição da linha básica de assistência. Ou seja,

são as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que fazem a **gestão direta** do Sistema Unificado de Saúde, seguidas das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Como exemplo de intervenção da SES no HC, este recebe uma placa com a frase: “Este Hospital tem CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar”.

Um dos professores do conselho se posiciona com relação aos convênios MEC:

“O HC é um hospital público beneficente, não deve gerar lucros, embora deva ter um superávit para ser sustento e crescimento. A assistência é o fator que sustenta esse hospital e esta assistência é prestada através de um convênio que o MEC tem com o SUS e só tem-se esse convênio. E que rompe unilateralmente quando não paga os procedimentos”.

O Diário Oficial da União em 19/06/92 expõe as novas condições de atuação dos hospitais universitários:

“Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando o dispositivo constitucional que estabelece **o Princípio da Indissociabilidade entre o Ensino, a Pesquisa e a Extensão**; considerando que a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde requer das universidades uma estratégia global para capacitação, formação e especialização de recursos humanos, em todos os níveis, notadamente na graduação, **ajustando o ensino às reais necessidades de saúde da população, e garantindo sua qualidade**; considerando que as universidades foram criadas e existem para produzir conhecimento em benefício das comunidades nas quais estão inseridas e que, a amplitude e a abrangência desta integração caracterizam as relações existentes entre **o projeto de educação proposto e o correspondente projeto de sociedade**; considerando a responsabilidade das Universidades por Programas de Educação Continuada; considerando a importância estratégica dos Hospitais Universitários e de Ensino como formadores de recursos humanos, geradores e introdutores das inovações científicas e tecnológicas; considerando o papel social desempenhado pelos Hospitais Universitários e de Ensino em relação a rede de serviço de saúde; considerando que as diferentes unidades da área de saúde das universidades devem utilizar além dos hospitais universitários e de ensino e também a rede assistencial do SUS para ampliar o ambiente à de prestação de serviços e de efetiva integração com a comunidade onde estão inseridos; Considerando a necessidade de viabilização financeira a intensificação do ensino, da pesquisa e da educação continuada junto aos serviços de saúde resolvem:

Art.1 Autorizar o **Programa de Integração Ensino-Serviço** com o objetivo de propiciar aos docentes, discentes e equipe da rede de saúde a ampliação dos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades de forma harmônica, **articulada e direcionada às realidades locais e regionais, de conformidade com o SUS**.

Art.2 Delegar à Secretaria Nacional de Educação Superior SENESU/MEC e à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS/MS elaboração dos atos e o desenvolvimento das ações de operacionalização que garantam a efetiva implantação do referido programa.

Art. 3 Criar o Comitê Executivo do Programa de Integração Ensino-Serviços, com a correspondente Secretaria Executiva, o qual será nomeado e definido em conjunto pela Secretaria Nacional da Educação Superior – SENESU/MEC e a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS/MS

Art.4 Revogar a Portaria 452, de maio de 1990.

Art 5 Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

(José Goldemberg e Adib Jatene, 19/06/92)

Diante do exposto o conselho discute sobre o referido Comitê e afirma que este trabalho é importante porque vem dar contuidade aos Programas Extra-Muros-UNISIS. Fala-se sobre reuniões entre Direção, Departamentos e Setor. É aprovada pela Secretaria de Assistência a Tabela Descritiva dos Procedimentos do Sistema Ambulatorial. Enquanto isso o alto movimento de ambulâncias nas adjacências do HC:

“Pacientes são descarregados no Pronto-Atendimento da HC. Pacientes em alta permanecem às vezes, ainda por dois, três, uma semana ou até dez dias, apesar de ser comunicado ao Serviço Social inviabilizando a entrada de outro doente”.

Com o volume de atendimentos já chegam aos 2000 funcionários da FUNPAR. As exigências do SUS determinam que alunos, residentes não poderão mais assinar solicitação de prontuários médicos; apenas Chefes de Serviços ou Departamentos, que são na maioria professores.

Outra demanda importante do SUS está relacionada à informatização. Porém desde 1979 o hospital tenta se informatizar. Mesmo depois de dois anos de contrato com a IBM o HC continua com atraso conforme alguns professores afirmam:

“temos tido problemas com o desenvolvimento de nosso sistema e buscando um diagnóstico mais preciso das causas, surgiu como principal causa a equipe de pessoal que trabalha, sendo contratada pela FUNPAR e uma equipe de funcionários da IBM. A demora se deve a dificuldade de linguagem da máquina. O Hospital quer selecionar os funcionários no lugar da IBM.”

4.4.2 As intervenções diretas do SUS: iniciando pela redistribuição de funcionários públicos (Governo Collor)

Com a avaliação de MEC acerca dos quadros de pessoal se apresenta a falta de funcionários. Daí a imposição de Transferências de Funcionários Públicos. Dentre as

redistribuições 29 médicos; que devem ser contratados em lugar das vagas destinadas via Fundação. O Conselho do HC reconhece a necessidade de pessoal mas tenta se opor:

“Decidimos que qualquer redistribuição que haja será recebida pelo Reitor, pois quando se faz a redistribuição não se faz a revelia, o órgão que tem que aceitar, então ele somente aceitaria desde que a Chefia do Departamento dê o seu aval, concordando com a aceitação do indivíduo que estará sendo objeto de uma redistribuição.”

Dos 29 redistribuídos 9 são professores:

“Se o Diretor do hospital aceita a redistribuição de uma pessoa para trabalhar na Cirurgia, que não tenha competência, quem vai responder pelo erro é o chefe de departamento ou o diretor do hospital. A idéia é: o departamento decide aceitar ou não um médico ou professor, se não houver interesse, o Hospital vai recolocá-lo no âmbito do hospital na função administrativa (...) não pode mexer na autonomia departamental, isto é **sagrado**. (...) queremos evitar dicotomias, serviços paralelos no hospital, é extremamente pernicioso à Instituição e quebra a harmonia existente no hospital” (Ata 10/08/92) .

O Departamento de Pediatria soube desse procedimento com antecedência e se preveniu com critérios de aceitação que foram distribuídos rapidamente para os demais departamentos. Porém, alguns profissionais redistribuídos já vieram ao hospital sem que os departamentos fossem consultados. O professor da Oftalmologia sugere que o departamento tenha a oportunidade de conhecer os profissionais para depois decidir se fica com ele ou não. São 79 processos de redistribuição dos funcionários do INAMPS, extinto. Já é constatado que o MEC não fará dotação orçamentária para contratação de novos funcionários.

O SUS apresenta como a saída financeira mais provável, e os convênios tendem a contemplar a hierarquização e regionalização. Dessa maneira, fica dificultado o atendimento a pacientes de outros estados. Dentre os números, o atendimento ambulatorial com 4450 consultas por mês. A metodologia empregada para calcular os custos de atendimento é vinda da Alemanha: Metodologia de Redução Escala. Tem como primeira classificação: custos fixos, custos diretos, custos indiretos.

No início de 1996 o SINDITEST encaminha documentos ao Conselho Municipal de Saúde contendo acusações de que o Hospital de Clínicas **está sendo dirigido de uma forma para ter prejuízos e assim ser privatizado**, complicando as relações já não muito harmoniosas. Isso acontece alguns meses depois que o conselho e a reitoria tentam verificar a viabilidade de se transformar o hospital em empresa, nos moldes do HC de Porto Alegre.

O Conselho responde comprovando que os hospitais que atendem somente ao SUS, com a atual tabela quanto mais se atende, maior é o prejuízo, principalmente no HC que atende comumente pacientes complicados, e por isso, rejeitados pelos hospitais da rede privada. Um professor ex-diretor do HC - que está há algum tempo em Brasília auxiliando na captação de recursos – e que agora deixa claro que os recursos financeiros precisam vir dos Estados e Municípios (SILOS – Sistemas Locais de Saúde). Mesmo assim, continuam as tentativas de aberturas de canais de verbas de maneira pontual.

Em 1996 é confirmada a participação do Hospital de Clínicas na Central Metropolitana de Leitos, um projeto de informatização interligando todos os hospitais *on-line* com a Secretaria Estadual de Saúde tendo por objetivos:

- Regular a oferta e utilização dos leitos vinculados ao SUS;
- Organizar o fluxo de pacientes;
- Fornecer informações sobre a utilização dos leitos (taxa de ocupação);
- A emissão de Autorizações de Internação passará a ser feita pela central.

O HC que responde pelo conselho reconhece a necessidade de presença entre integrantes da Secretaria Estadual de Saúde **para negociação de participação parcial dos leitos disponíveis no hospital**. É praticamente impossível para os departamentos escolherem pacientes para internamento nessa estrutura. Atende-se em acordo com as definições da Central de Leitos, que está fora do HC.

Em 1996, um paciente encaminha documento acerca do atendimento no HC ao Ministério da Saúde, que encaminha a Secretaria de Saúde. **Esse episódio ilustra as novas condições de relação entre pacientes e o hospital, que passa a ser fiscalizado pela sociedade e pelos órgãos de gestão da saúde**. Essa é uma prática que passa a ser conhecida no hospital. Pacientes passam a ter espaços de audiência tanto para fazer reclamações quanto para agradecimentos. Várias correspondências de familiares agradecendo pelo tratamento dispensado no HC nas diversas áreas são lidas em reuniões.

As reuniões da direção do Setor de Ciências da Saúde com secretarias da saúde (municipal e estadual) continuam acompanhadas de discussões jurídicas. Além disso, acerca de algumas unidades de como o Hospital Geral do Portão. **Nota-se o envolvimento do Setor nas relações com os governos em lugar da direção geral do HC**, lembrando o fato de ter

sido convocado pelo MEC a assumir novos posicionamentos. Pediatria é o primeiro departamento a receber equipamentos adquiridos pela secretaria municipal.

No final de 1996, o Dir. do Corpo Clínico informa aos professores que em breve será implantado no hospital o **Sistema de Tempo de Permanência Excessiva dos Pacientes**, que consiste em **bloquear a prescrição no sistema quando um paciente exceder o prazo de permanência permitido pelo SUS**. No HC esse índice é de 40% no HC em acordo com levantamento. Dessa maneira, foi enviada as chefias de departamento a relação dos pacientes de permanência excessiva para que justifiquem se justifiquem e estipulem prazos prováveis de alta do paciente. Nota-se aí a intervenção do agente SUS de maneira microfundamental no exercício da Medicina, na assistência.

Uma reportagem no programa Fantástico veiculada em (27/10/96) sobre as dificuldades de acesso de pacientes ao serviço de transplante de medula óssea põe o STMO – Serviço de Transplante de Medula Óssea em discussão. Porém, nota-se a baixa capacidade de intervenção da direção do HC sobre esse serviço, que se apresenta como caso ‘a parte’ no hospital. Em meados de 1998 é comemorado o Milésimo Transplante de Medula Óssea por meio de votos de louvor na seção plenária da Assembléia Legislativa do Estado do Paraná. A legitimidade da área continua preservada o suficiente para captação de recursos. A área continua ‘intocável’ pela direção geral do hospital.

Em janeiro de 1997 é acordado o **Credenciamento Para Procedimentos de Alta Complexidade junto ao Sistema Único de Saúde** – encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde. Serviços:

- Cirurgia em epilepsia;
- UTI neonatal;
- Transplantes cardíacos;

Dentre as dificuldades para fechar convênio está o interesse do HC em participar da Central de Leitos, ou pelo menos autorização para que o hospital pudesse realizar consultas e internação na verificação de disponibilidade de vagas. O que não foi aceito. Na mesma época após ter contatado com as esferas municipal, estadual, federal sem êxito, o HC decide fechar o serviço de Pronto Atendimento Adulto, e Maternidade. A Secretaria Municipal propõe que na medida em que o hospital aumenta o percentual de atendimentos especializados ofertados à

central de marcação de consultas, a secretaria aumenta paralelamente o teto ambulatorial destinado ao hospital.

Em 10/04/97 é constituída a Comissão Tripartite - Convênio entre o Governo do Estado do Paraná, Prefeitura Municipal e UFPR. A Comissão Tripartite tem como atribuições a proposição de medidas administrativas e gerenciais direcionadas a obter o equilíbrio financeiro do HC – UFPR, bem como a prestação de contas aos convenientes das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos. A liberação dos recursos é efetuada somente mediante a apresentação do **Cumprimento do Plano de Trabalho** estabelecido pela Comissão Tripartite. Os membros da tripartite consistem nos seguintes representantes:

- Representante do Governo do Estado do Paraná
- Prefeitura Municipal de Curitiba
- Representante Da Universidade Federal do Paraná

Em outubro de 1997, o Diretor do Corpo Clínico, agradece a todos os chefes de departamento pelo apoio da iniciativa de colocar sob a co-responsabilidade dos médicos e docentes as internações de pacientes. Aproveita para avaliar como satisfatório o funcionamento da nova metodologia de trabalho. Destaca-se a partir daí processos de aquiescência das novas condições de assistência, em especial pelo fato dos governos municipal e estadual alocarem recursos financeiros aos diversos projetos de **reforma e ampliação dos espaços físicos do HC**. Essa parece ter sido uma das ‘cenouras’ do sistema, considerando a importância que a infra-estrutura tem para o hospital.

Em meados de 1998, a Seção de Doador Biobanco do HC foi autuada pela Vigilância Sanitária com a sugestão de interrupção das atividades. Depois de negociações com a Secretaria resolve prorrogar para 6 meses tal interrupção. Constituem-se as primeiras intervenções diretas da Secretaria Municipal de Saúde sobre as operações do HC. Lembra-se que no início de 1999 é publicada Portaria do Ministério da Saúde criando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

As relações entre o HC e o Ministério da Saúde, operacionalizadas pelo SUS adentram para dimensões mais profundas no HC tendo como mais um dos episódios de intervenção a **limitação do número de cesarianas pagas com os recursos públicos para estimular a**

realização de partos normais no Brasil. A partir de 06/98, os hospitais conveniados ao SUS não recebem pelas cesáreas que excederem 40% dos partos realizados; as cesáreas excedentes serão glosadas. As **glosas** passam a constituir **mecanismos de coerção** aos hospitais via regulação e não pagamento de serviços que estiverem fora dos critérios estabelecidos. Destaca-se aí uma intervenção marcante não apenas na assistência, mas também no **ensino**. A cesariana vinha sendo amplamente difundida na formação dos médicos. Essa regra obriga o hospital, em especial o Departamento de Tocoginecologia a capacitar profissionais ao parto normal. Além disso, esse departamento mais tarde se depara com um dilema: se a assistência no HC é voltada para pacientes de alta complexidade, como desempenhar procedimentos de parto normal? Atende pacientes integralmente e por conseqüência aumenta o número de procedimentos glosados, aumentando o déficit operacional do HC? Em 1999, o fornecimento de “cestas para insumos hospitalares” para cesarianas pela Secretaria Municipal de Saúde obedece ao limite de 30% do total de partos realizados pelo hospital.

As negociações com a Secretaria Municipal de Saúde têm continuidade, no sentido de se somarem esforços para que sejam contempladas as necessidades de ambas as partes. Uma das tentativas consiste na capacidade de agência do hospital no sentido de intervir acerca do ‘quê atender’. Nessa época é publicado no DOU Portaria 2.892 do Ministério da Saúde que dispõe sobre as gestões dos hospitais universitários no SUS, estabelecendo as condições em que **os hospitais universitários devem ficar sob a gestão do Município ou Estado**. O ministério determina o prazo de 60 dias para que o gestor responsável – nesse caso a Secretaria Municipal de Saúde - encaminhe ao Ministério da Saúde a **programação assistencial e financeira** a ser desenvolvida pelo Hospital Universitário, assim como a programação dos procedimentos de abrangência nacional.

Como estratégia o HC pretende negociar impondo algumas condições: o HC solicita uma subvenção social mensal por parte da Secretaria Municipal de Saúde para **cobrir as despesas que o SUS não remunera e a eliminação de glosas nas AIHs - Autorização de Internação Hospitalar**; em contrapartida a Secretaria Municipal de Saúde solicita a participação do hospital na central metropolitana de leitos. O HC consente desde que disponibilizasse à Central de Leitos apenas os leitos específicos das áreas de urgência e unidades de terapia intensiva, condicionada ao contato prévio entre os médicos solicitantes e o responsável pela unidade, o qual terá competência para autorizar ou não a internação de acordo com a disponibilidade dos leitos. O **gerenciamento e a administração desses leitos**

permanecem sobre a competência única e exclusiva do hospital. A Secretaria Municipal de Saúde, então questiona se o HC tem interesse em continuar o atendimento primário, de baixa complexidade, através do serviço de Pronto Atendimento ou se encaminharia essa clientela aos postos de saúde e se concentraria em atendimentos secundários. **Para os representantes do HC a seleção de pacientes é interessante para o hospital porque viabilizaria espaço para prestar o atendimento que tem vocação, que é o secundário e terciário – média e alta complexidade.** Mais tarde se percebe que dirigentes de hospitais universitários do Brasil, incluindo o HC-UFPR reivindicam pelo atendimento primário. Essas tensões entre múltiplas instituições enfatizam a disjunção na medida em que são fontes de instabilidade. As ações então tende a ser menos preditivas quando múltiplas instituições competem, ou ainda quando nenhuma instituição está firmemente estabelecida. (Eckstein, 1966; Sewell, 1992)

A unidade Boa Vista atenderia às demandas de formação de alunos ao PAG – Prática de Ambulatório Geral, com médicos lotados no HC, ou seja, **médicos contratados para assistência, também assumem a responsabilidade com o serviço de aprendizagem aos alunos de medicina.** Em 2000 os resultados dessa prática aparecem quando uma médica do Departamento de Tocoginecologia contratada pela Funpar requer judicialmente sua incorporação no quadro de pessoal como professora, alegando exercício de atividades docentes em ambulatórios, com alunos e médicos residentes.

A partir desse episódio é possível inferir que o HC, dado as proporções que tem em termos de atendimento, utiliza-se desses recursos alocativos para negociar as condições de contrato com o órgão gestor de saúde: faz concessões e exigências. Outro ponto a ser destacado é o fato de o hospital se decidir por atendimentos de **alta complexidade**, ou terciário, o que inicialmente não era aceito entre professores e dirigentes, bem como também questionado depois de aceito. Essas decisões pela alta complexidade explicam em momento posterior quando a um número considerável de pesquisadores se **afasta** do HC para estudos e pesquisas no exterior. Também é possível inferir que os professores desenvolveram com a assistência a esse tipo de paciente a pesquisa e o ensino de alta complexidade e especialização.

As batalhas com a Secretaria de Estado também são travadas. No final de 1998, o HC não foi incluído no programa que define as unidades hospitalares que pertencem ao Sistema Estadual de Referência hospitalar em atendimento de **Urgência e Emergência**, apesar de

atender todos os critérios condicionantes à inclusão, instituídas pelo Ministério da Saúde. Salienta-se que esse atendimento foi considerado pelos agentes com um dos mais lucrativos.

Em nível federal, o HC depois de empreitadas com a ABRAUE, e com deputados consegue reunião com Ministérios da Educação e da Saúde em Brasília, quando confirma as condições financeiras dificultadas. O Ministério da Saúde faz algumas promessas: reajustar tabela do SUS em algumas áreas com remuneração diferenciada para UTIs e Neurocirurgias; implantar programas especiais voltados a Gestação de Alto Risco e de Urgência e Emergência; recurso extra para funcionários contratados por funda es.

  acordado o Termo de Coopera o Técnica entre HC e Hospital do Trabalhador (validade de 1 ano, sendo renovável automaticamente) para cumprimento de convênio com SMS e SES para dotar a região sul de Curitiba de um Pronto-socorro e unidade hospitalar. Como objetivos são destacados o treinamento de pessoal técnico e especializado, o intercambio de experiências gerenciais, a obten o de fundos de financiamento e a transferência de tecnologia em ciências da saúde e informática. Importante lembrar que meses antes das defini es da SES não ter contemplado o HC para o referido serviço, dirigentes do HC questionavam a viabilidade desse convênio abrindo comissão para investigar vantagens e desvantagens. Em 2000 as metas a serem cumpridas são de 15.000 atendimentos por mês.

4.4.3 Contrato de Metas entre HC e Gestor – SMS e SME

O referido Contrato de Metas tem por objetivo regular a rela o entre o gestor municipal/estadual de saúde e HC fornecendo parâmetros em termos de metas gerais e específicas a serem cumpridas, perfil assistencial requerido, volume de presta o de serviços, grau de envolvimento do HC na rede estadual de referencia, humaniza o do atendimento, melhoria da qualidade dos serviços prestados a popula o, melhoria da qualidade do ensino e outros fatores que tornem o hospital um **efetivo instrumento assistencial do SUS**. A partir de janeiro de 2000 o HC passa a receber mensalmente valor fixo de R\$ 548.038,00 que estipulado em acordo com a **produ o** de janeiro a agosto de 99. A SMS solicita a disponibiliza o de 7.900 consultas especializadas ao mês, uma vez que estão sendo disponibilizadas pelo HC apenas 1090   Central de Marca o. O conselho de administra o

do HC aprova o Contrato de Metas, incluindo disponibilização de todas as novas consultas de especialidades gerais à Central de Marcação de Consultas.

Esse contrato de metas não prevê atendimentos que excedem o que fora contratado. Limita-se ao **Plano Operativo Anual**. O problema é que o HC não consegue se programar. A Taxa média de ocupação do hospital é de 70 a 75%, a central utilizará o restante 25%. E o HC insiste no credenciamento da Urgência e Emergência, principalmente pelo pagamento de adicional de 50% para esse atendimento.

O Programa Universidade Solidária também consiste em demandas de nível Federal tendo como enfoque a saúde na região norte.

O departamento de Tocoginecologia abre centro de atenção a mulher violentada sexualmente estabelecendo parceria entre SMS e Delegacia da Mulher. Também atende pacientes com DST e AIDS cumprindo programas do Ministério da Saúde e UNESCO. É um departamento bastante envolvido com convênios externos. Dentro desse atendimento os profissionais da área enfrentam alguns dilemas quanto ao Aborto Legal. Para se ter uma idéia em 2004 a chefia do departamento de Tocoginecologia comunica que o programa de atendimento à mulher vítima de violência sexual funciona satisfatoriamente, porém o departamento tem encontrado dificuldades no que se refere à interrupção legal de gravidez decorrente de estupro, **tendo em vista as diferentes opiniões dos docentes com relação à questão**, ampliam-se as responsabilidades da assistência nessa área. Tais interrupções não podem ser negadas, apesar de não basearem-se em provas concretas, apenas nos relatos das pacientes. O Ministério Público conclui que o hospital tem o direito de ser o primeiro juiz desses casos, daí a necessidade de se constituir uma comissão para exercer a função de julgar cada caso e definir sobre a realização ou não da interrupção da gravidez.

Final de 2000 e os Protocolos de Procedimentos orientados pelo SUS servem para avaliar o **custo do ensino** (primeira vez cogitado), bem como o **Registro de Projetos e Pesquisas realizados no HC**. O SUS transcende o campo da assistência e tenta intervir agora no ensino e pesquisa.

A ABRAHUE torna-se a principal intermediadora das negociações entre hospitais universitários e SUS, inicialmente com relação às tabelas de procedimentos.

Em 13/05/2001 finalmente acontece a inauguração (reincorporada) Maternidade Vítor do Amaral. Esse hospital se concentra em atendimento de baixa complexidade. No final de 2002 a Maternidade Vítor do Amaral já registra a repetição de práticas do HC com relação à contratação pela Funpar. A direção tenta sustentar ações a partir da apresentação dos níveis de satisfação das pacientes, que chega a 99% em acordo com pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

O HC, Hospital Cajuru, Hospital Evangélico, Hospital do Trabalhador e Santa Casa de Misericórdia ficam estabelecidos como hospitais retaguarda de postos de saúde para atendimentos complexos e especializados e um dos professores envolvidos aceita convite do governador para coordenar a Secretaria de Estado da Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde em 2002, supre suas necessidades de atendimento clínico através da ajuda de hospitais privados, o que para professores significa que “os hospitais universitários estão deixando de ser essenciais para o atendimento da demanda na área da saúde”. **A secretaria determina que os hospitais não mais poderão admitir pacientes de urgência/emergência sem que os mesmos tenham sido encaminhados pelos postos de saúde 24 horas sob pena de não serem ressarcidos pelos procedimentos realizados.** Note que o HC vinha há algum tempo demandando por convênio nesse serviço. Seria esta uma tentativa?

São consideradas também as dificuldades a serem enfrentadas para viabilizar o ensino, uma vez que o hospital não poderá admitir pacientes novos e ficará na dependência de encaminhamento dos pacientes que sobrarem, pela central de marcação de consultas. Para garantir o ensino os HUS tentam negociar com a secretaria – recorre a proposta de implantação do sistema integrado para regulação do atendimento da urgência/emergência. As unidades entram em cena para o campo de atuação dos graduandos de medicina da UFPR, onde o professor e o aluno não terão compromissos com a produtividade, mas somente com o ensino. Os hospitais de nível intermediário, que atendem baixa e média complexidade, também poderão entrar no sistema ampliando o campo do ensino dos alunos. (04/02/2002, p. 93, ata 13).

O ano das regulamentações e normatizações é 2002, quando a Acreditação Hospitalar é discutida pela Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE e pelo Ministério da Saúde que pretende a curto prazo **exigir a qualificação e certificação**

dos hospitais. (02/2002) Há possibilidade do MS adotar pontuações dessa qualificação como critério para distribuição de verbas para hospitais. Iniciam-se as atividades preparatórias à Acreditação no HC.

Com a Criação da ANVISA em 03/2002 o HC participará como piloto da estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A ANVISA foi criada em substituição à Secretaria de Vigilância Sanitária do MS, ficando responsável por vários programas. O objetivo do projeto Hospital Sentinela é constituir uma rede nacional de hospitais terciários, motivada e qualificada para notificação de eventos adversos.

O convênio HC/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE prevê que o HC gerencie os postos de saúde 24 horas do Boa Vista e Fazendinha, o que é considerado como necessário às atividades de ensino. Caberá ao HC apenas a gerência da seleção de 100 profissionais e a prestação de orientação técnica no exercício de suas atividades. A Clínica Médica e Pediatria são departamentos que solicitam esclarecimentos.

A Pediatria tem problemas com o plantão via denúncia encaminhada pela reitoria:

“Existem verbas que o HC repassa ao departamento de pediatria para o pagamento de plantonistas, para os três turnos, manhã, tarde e noite. Os médicos especializando realizam plantões no lugar de médicos plantonistas, que estão em casa recebendo plantões. (Ata 04/03/2002)”

O conselho de administração resolve enviar ao reitor, manifestação de repúdio a referida denúncia pela forma como o procedimento foi executado, baseado em denúncias sem que as partes fossem ouvidas.

Em decorrência do novo Modelo de Gestão implantado no HC em 2002, a Coordenação dos Hospitais Universitários da UFPR, passa a estabelecer contatos com o **Conselho Local de Saúde**. Nota-se que essa coordenação foi instituída e nomeada pelo reitor Prof. Moreira. Alguns treinamentos são instituídos no HC para melhorar o funcionamento das relações com HC e SUS, como o “HC Fature Certo” inicialmente implantado na Cirurgia melhoram o Preenchimento dos Prontuários dos Pacientes, considerando o número de glosas bem como a dificuldade de recebimento pelo preenchimento inadequado de formulários. Também se tentativas diminuir o tempo de internação para reduzir custos.

HC é referência tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave em 2003.

No ajuste do Regimento do HC:

“o hospital de clínicas é um órgão suplementar da UFPR, vinculado à reitoria, com a finalidade precípua de oferecer campo apropriado para o ensino, à pesquisa e à extensão na área de saúde e afins, integrando o SUS, na qualidade de hospital de referência”. (09/05/2005)

A Inauguração do novo prédio de Urgência e Emergência acontece em 13/09/2003. A ONG Pró-Vida doou 3.500 milhões. Finalmente se estrutura para atendimentos tidos como lucrativos.

A interferência da Secretaria Municipal da Saúde na autonomia do HC é questionada pela ANDIFES. A integração total dos hospitais ao SUS e a transferência do comando da saúde para o município, com a interveniência do Ministério da Saúde, são indícios de operacionalização dessa interferência. Os dirigentes dos HUS não concordam com essas determinações, visto que para estes, além de impedir o desenvolvimento do ensino da atenção primária e secundária nos hospitais, o município tem a gerência da contratação dos serviços prestados pelos hospitais, os quais por sua vez deixam de ter a liberdade de definir e de executar os procedimentos que interessam ao ensino e pesquisa para realizar somente aqueles determinados pelo município, sob pena de não ressarcimento. O HC tenta negociar com as secretarias - municipal e estadual – a reversão da autonomia do HC para definições de procedimentos. Salienta-se que os procedimentos primários e secundários são desempenhados nas unidades de saúde, não são encaminhados para o HC.

É criada a Comissão de Acreditação do HC – uma espécie de grupo de qualidade. De caráter normativo, consultivo e educativo para implantar processo de Acreditação no HC frente ao SUS. Em decorrência disso vários regimentos e comitês são criados e revisados, como: **Regimento do Comitê de Humanização, de Estágio, de Rejeitos de Saúde, de Capelania**. Porém o Comitê de Humanização em 2006 ainda não tem espaço definido. A Certificação de Hospitais de Ensino é fundamental para a autorização de hospitais ao direito de ensinar. Também ficam comprometidos os repasses de recursos e vagas para contratação dos Ministérios da Saúde e da Educação.

A reestruturação dos hospitais universitários agora passa pela integração do MEC/SUS via Contratualização entre hospitais de ensino e Gestores de Saúde.

Configuram-se as principais diretrizes:

- a) Garantia de acesso aos serviços pactuados e contratados de forma integral e contínua por meio de metas quantitativas e qualitativas;
- b) Inserção dos hospitais de ensino na rede SUS com definição clara do perfil assistencial e da missão institucional observando a hierarquização e o sistema de referencia e contra-referencia como garantia de acesso à atenção integral à saúde;
- c) Compromisso em relação aos ajustes necessários no que se refere à oferta e à demanda de serviços do hospital de ensino, dando preferência às ações de média e alta complexidade;
- d) Redirecionamento das ações de atenção básica, ainda realizadas pelos hospitais de ensino para a rede básica de saúde loco-regional;
- e) Organização da atenção orientada pela Política Nacional de Humanização;
- f) Elaboração conjunta de protocolos clínicos, técnico-assistenciais e operacionais para integrar e apoiar as diversas ações de saúde desenvolvidas na rede de serviços do SUS;
- g) Inserção no sistema de urgência e emergência loco-regional, a partir da definição do papel do hospital de ensino no Plano Estadual de Assistência à Urgência;
- h) Manutenção, sob regulação do gestor local do SUS da totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes;
- i) A abertura e prestação de novos serviços no âmbito do hospital de ensino envolverão pactuação prévia com os gestores do SUS, de acordo com a abrangência do serviço em questão;
- j) Participação do hospital de ensino nas políticas prioritárias do SUS.

São levantados questionamentos por parte dos dirigentes dos HUS acerca da contratação de média e alta complexidade, bem como do ressarcimento da atenção primária e do ensino pesquisa e extensão. Dado a isso o HC revê toda a padronização dos medicamentos e de materiais de insumos para definição dos números e custos dos procedimentos realizados.

O HC é credenciado, via Acreditação, e na fase de negociação do Contrato de Gestão com a SMS com a interveniência do MS o HC assume-se atendimento de 100% SUS. O desempenho do HC será avaliado pela SMS a partir dos seguintes critérios:

Assistência Pontuação	Pontuação
Realização de metas ambulatoriais estabelecidas, mínimo 90%	500 pontos

Percentual do total de consultas programadas ofertadas como iniciais, através da central de Marcação de consultas especializadas, no mínimo 40%	200 pontos
Consultas realizadas realizadas no sistema de integração total 100%	200 pontos
Serviços de apoio diagnóstico e tarapeutica realizados registrados no sistema Integração, total 100%	200 pontos
Atendimentos de urgência e emergência com observação registrados na Ficha Amarela Informatizada do Sistema de Regulação, total de 100%	200 pontos
Assistência Hospitalar	
Realização das metas hospitalares estabelecidas, no mínimo 90%	500 pontos
Internamentos eletivos com AIH pré-autorizad pela SMS, mínimo de 100%	100 pontos
Taxa de cesáreas, incluindo gestantes de risco, máximo 40%	100 pontos
Percentual de internamentos de média complexidade, máximo de 80%	100 pontos
Percentual de internamentos de alta complexidade, no mínimo 10%	100 pontos
Percentual de leitos SUS no HC, mínimo 100%	100 pontos
Taxa de ocupação dos leitos hospitalares, mínimo 75%	100 pontos
Média de permanência nos leitos hospitalares, máximo 5 dias	100 pontos
Taxa de utilização da sala cirúrgica, mínimo 80 cirurgias por sala por mês	100 pontos
Percentual de leitos UTI SUS em relação ao total de leitos do SUS , mínimo 10%	100 pontos
Área de Humanização	
Implantar e manter um grupo de trabalho de humanização para viabilizar as diretrizes do programa Humanizasus, apresentando o primeiro relatório de trimestral de atividades até 01/03/2005	100 pontos
Aplicar trimestralmente pesquisa de avaliação do nível de satisfação dos usuários do hospital, através de formulário aprovado pela comissão de Acompanhamento do Convênio apresentando resultados	100 pontos

até 01/03/2005	
Implantar e manter Ouvidoria apresentando relatórios trimestrais a partir de 31/01/2005	50 pontos
Acolher pacientes com dependência química para tratamento de curta permanência, quando for solicitado pelo gestor municipal, dentro de limites a serem estabelecidos	200 pontos
Garantir a possibilidade de acompanhamento para pacientes acima de 60 anos, a partir de 31 de janeiro de 2005.	50 pontos
ENSINO E PESQUISA	
Manter campo de estágio curricular para os cursos de graduação da UFPR em: medicina, nutrição, enfermagem, terapia ocupacional, farmácia, bioquímica.	25 pontos
Manter campo de estágio curricular e extracurricular para outras instituições de: medicina, nutrição, enfermagem, psicologia, farmácia, bioquímica.	15 pontos
Participar de pelo menos uma atividade desenvolvida através do Pólo de Educação Permanente em Saúde do SUS em cada semestre, apresentando os primeiros resultados até 30 de junho de 2005	60 pontos
Desenvolver pelo menos 1 projeto de pesquisa de interesse do SUS/Curitiba em cada semestre, apresentando os primeiros resultados até 30 de junho de 2005	100 pontos
Manter ativo, na comissão de Acompanhamento do Convênio um representante do corpo docente	100 pontos
Desenvolver e implementar um protocolo de atendimento, priorizando as patologias de maior incidência no hospital a cada trimestre, apresentando primeiros resultados a partir de 31 de março de 2005	100 pontos
Manter o projeto de tutoria para os médicos em atividades na rede de unidades municipais de Saúde da Família	100 pontos
ÁREA DE GESTÃO	
Elaborar o Plano Anual de Metas do Hospital e obter a sua aprovação junto a sua mantenedora até 31 de dezembro de 2004	200 pontos
Elaborar relatório trimestral de acompanhamento do Convênio	100 pontos

até 31 de março de 2005	
Elaborar relatório mensal de acompanhamento de custos, disponibilizando sua síntese, regularmente ao Conselho de Acompanhamento do Convênio até 31 de março de 2005	100 pontos
Aplicar trimestralmente , pesquisa de avaliação do nível de qualidade do Hospital, disponibilizando os seus resultados regularmente, ao conselho de Acompanhamento do Convênio até 31 de março de 2005	100 pontos
FAIXAS DE PONTUAÇÃO	Percentuais
DE 4096 A 4500	100%
3376 -4095	90%
2251-3375	75%
0-2250	50%

Fonte: Ata de 08/11/2004 Reunião 746º

É salientada a importância de se **atingir esses indicadores para o recebimento integral dos recursos**. Tais indicadores também correspondem aos 10% de variação. Destaca-se que a maioria dos conselheiros (chefes de departamento, direção do HC, coordenadores de curso, representantes de discentes e de funcionários) **consideram o contrato vantajoso visto que o mesmo proverá um aporte de recursos programado para o hospital, o que permitirá o planejamento do gerenciamento com segurança**. Alguns professores se manifestam resistentes.

Professor da Clínica Médica foi indicado pela direção do Hospital e pela ABRAHUE para compor representação dos Ministérios da Saúde e da Educação nas visitas de certificação dos hospitais de ensino.

O Centro de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde solicita ao do HC que oriente todos os profissionais médicos de seu corpo clínico que, quando da indicação de internações eletivas, deverá ser informado ao setor de internamento do hospital o código de transação da consulta que realizou e da qual resultou a indicação do internamento. Esta secretaria **não permite mais o fornecimento de códigos de transação** em atenção as solicitações telefônicas ou através de consultas ao banco de dados do sistema informatizado

da Central de Leitos. Terminam as possibilidades de tentativas de professores e médicos para deliberar sobre os pacientes a serem atendidos.

Em 07/12/2004 é assinado o Convênio de Gestão com a Secretaria Municipal de Saúde, com interveniência do MS. Os valores dos recursos financeiros provenientes desse convênio são fixos, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, independente da produção do hospital e calculados com base na média da produção dos atendimentos de média complexidade mais 26%, mais 30%. Considerando 100% SUS. Totalizando 5 milhões de reais por mês. O HC afirma precisar de 6.5 milhões. A demanda é rejeitada pelo MS que alega que o hospital não está produzindo o que deveria de acordo com a capacidade instalada e com o número de funcionários contratados.

Em 2006 é a Direção de Assistência que passa a articular as ações com o Conselho Municipal de Saúde com 8 representantes do HC.

Os problemas da tocoginecologia persistem: os limites para cesárea gravidez de risco, mas o HC “é só Gestação de risco!” Como proceder se a maioria dos procedimentos são glosados? Além de procedimentos as glosas do SUS também acontecem com os materiais. Em procedimentos como as Cirurgias o SUS paga apenas fios. Mas os médicos desejam realizar com grampos. Glosam-se os grampos.

Os problemas de informatização e de informação são recorrentes com relação aos **protocolos clínicos** tendo em vista que o SUS procura integrar as informações acerca dos pacientes nos diversos pontos de atendimento entre hospitais. A falta dessa integração faz com que pacientes não tenham acompanhamento acumulativo na medida em que saem de um atendimento primário, passando pelo secundário e terciário.

É lançado o Manual de Sistema de Informações dos Hospitais Universitários Federais da SESU/MEC – contendo as definições operacionais e instruções para o preenchimento da nova versão. Recebido da Coordenadoria geral de acompanhamentos dos hospitais universitários SESU/MEC. Nele passam a ser relacionadas à produção científica – publicações, dissertações, congressos e projetos de pesquisa.

Em março de 2006, é regularizada a emissão da **Ficha Amarela Eletrônica** para internamentos de emergência depois de glosas da SMS acerca de atendimentos sem autorização da secretaria. Para se ter uma idéia, sequer os funcionários que se acidentam no

HC são atendidos no HC. O que para muitos professores dificulta as práticas de pesquisa, dado o fato de o SUS não ressarcir pacientes da escolha de professores pesquisadores. Outro problema está associado à tentativa de se fazer com que os municípios parem de enviar todos os seus pacientes para Curitiba, o HC é terciário. **Daí a expressa dificuldade de o SUS manter profissionais especializados no interior.**

Se para pequenas localidades do interior se precisaria do velho profissional “faz-de-tudo”, desde pré-natal a parto, cirurgia à visita domiciliar, curativo à prevenção; para a maior parte da população, que vive em conglomerados urbanos, necessitar-se-ia de serviços básicos (centros de saúde, policlínicas etc.), de hospitais, de serviços voltados para urgência, saúde mental dentre outros, apoiados por hospitais terciários. Para Ribeiro (1995) a crise contemporânea da clínica explica-se em grande parte pelo fato de tanto o ensino, quanto a assistência e a pesquisa terem se concentrado na modalidade de alta complexidade. Procedeu-se como se a especialização fosse toda a medicina, como se o atendimento especializado fosse toda a assistência. O resultado é uma crise de eficácia da clínica, somada, paradoxalmente, a uma outra crise denominada de custos crescentes – para mesmos resultados se gasta cada vez mais dinheiro, consultas, exames dentre outros recursos (Ribeiro, 1995).

É-se obrigado a reconhecer nas Faculdades de Medicina uma das instituições mais estáveis do país. Tem sido muito difícil compor uma massa crítica de docentes e de alunos a favor de mudanças que as aproximassem do SUS. (Campos, 1999, p. 6)

A Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania aprova em 30/05/06 o Projeto de Lei 4212/01, do senado que estabelece a obrigatoriedade de **manutenção dos prontuários médicos e de seu acesso pelo paciente**. Os Registros Médicos devem ser conservados por no mínimo 20 anos. Em decorrência disso e de outros problemas, o HC insiste no preenchimento adequado das informações, completas e com clareza nos prontuários médicos. É recomendada também a utilização de siglas que forem reconhecidas internacionalmente ou pelas associações médicas, **as demais não devem ser inventadas e nem criadas. Os Prontuários servem para documentação científica e também para defender o profissional médico acerca de quaisquer questionamentos**. Dentre outros problemas nesse preenchimento está a utilização de corretivos líquidos. Os principais atores do HC a serem capacitados são os Médicos Residentes. Apesar disso, em 2007 - com 2.100.000 prontuários médicos nos arquivos do HC - volta em cena a Comissão de Prontuários Médicos, tentando garantir a qualificação dos prontuários dado o fato de muitos deles não serem preenchidos

adequadamente. São várias não conformidades. Daí as preocupações com a Comissão Certificadora do MEC/MS que nessa época verifica no HC critérios de certificação dos hospitais de ensino.

Volta-se à importância das Comissões de Ética Médica e de Padronização de Prontuários. O apelo é de que a medicação seja feita a partir dos medicamentos protocolados pelo SUS. Caso contrário, há necessidade de fundamentação teórica consistente acerca do uso de outros medicamentos. Alguns medicamentos consistem em pacientes que participaram de pesquisas que precisam continuar a medicação mesmo depois das pesquisas. O professor da Pediatria sugere que os contratos com a indústria de fármacos provisionem continuidade dos tratamentos por conta das empresas, considerando que o paciente não pode ser abandonado ao final da pesquisa. A direção da Assistência afirma que esses problemas quando o fornecimento de medicamentos é feito através de amostras grátis.

Em meio às exigências de documentação para Certificação vê-se o diretor geral sem a gerência sobre documentos da graduação e pós-graduação, mas os chefes de departamento alegam não ter tempo para cumprir com tais demandas.

O preenchimento inadequado dos prontuários continua. Dentre os principais problemas: letra ilegível, rasuras e dados incompletos. Em decorrência, tais prontuários **não servem sequer para pesquisa e quando requisitados pela justiça, retornam para serem traduzidos porque não conseguem ler a escrita ou faltam dados**. Insiste-se no fato de que o prontuário é um documento legal e além de ser utilizado para o desenvolvimento das pesquisas científicas, é o melhor instrumento de defesa da instituição e do profissional envolvido no atendimento do paciente. Daí a Campanha do Prontuário Médico com orientações e murais no hospital, mostrando partes de um prontuário preenchido adequadamente e de outro preenchido de forma ilegível e com rasuras. **Foco nos residentes e demais médicos**. Essa incomunicabilidade por parte dos agentes da assistência é por alguns funcionários explicada pelo fato de os profissionais médicos não atribuírem importância à registros do atendimento, o que é comum em burocracias profissionais.

Em abril de 2007 é surpreendentemente anunciada a **Desvinculação dos Hospitais Universitários das IFES** via Portaria 04 editada pela **Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Educação em 29/04/2007**. Para o diretor geral do HC, isso lhe causa estranheza porque havia participado de uma reunião no MEC, juntamente com outros

diretores de HUS para opinar sobre a minuta dessa portaria e na ocasião, após consenso entre os diretores, foi colocado ao MEC que a desvinculação traria algumas dificuldades para hospitais e por isso precisava ser mais discutida antes da sua efetivação. O Reitor, a ABRAHUE e a ANDIFES intercedem em prol dos hospitais universitários. Com a desvinculação HUS/IFES os hospitais de ensino passam a ser Unidade Gestora Executora no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAF). O HC torna-se responsável pelo gerenciamento de sua área financeira e de Recursos Humanos. Porém o MEC determina também a implantação de um novo sistema informatizado para controlar o número das horas extras realizadas nos hospitais limitando-as a 44 horas mensais bloqueando o pagamento de horas excedentes. Dessa maneira finalmente o HC inicia em 2009, como unidade orçamentária. O hospital passa a ser coordenador de pagamento e ratificador.

A Comissão de Acompanhamento do Convênio Celebrado com a Prefeitura Municipal De Curitiba e Secretaria Municipal Da Saúde, no início de suas atividades se reunia com a frequência de 1 mês. No final de 2008 são realizadas a cada 2 meses. O que demonstra ainda baixa intensidade de relacionamento entre o órgão gestor e o hospital. A referida Comissão é composta pelos seguintes membros:

Representantes do HC:

Diretor Geral

Diretora de Assistência

Também estão na comissão: Assessoria Técnica, Coordenação de Serviços de Apoio ao Diagnóstico, Supervisão de Faturamento, Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretoria de Corpo Clínico; Coordenação de Unidades de Internação; Coordenadora de Atendimento Externo; Diretoria Financeira; um representante docente; um Representante Discente e três representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

Na mesma época é lançada uma Ação Civil Pública para a contratação de funcionários para o HC – é solicitado 180 funcionários para o HC e 75 especificados no serviço de Transplante de Medula Óssea. Essas dificuldades são disparadas na imprensa que publica com temas da seguinte natureza especulativa: “O HC fecha em 2010”.

4.4.5 Impressões de agentes do HC

Para a Direção de Ensino e Pesquisa não existem recursos orçamentários do SUS, tampouco do MEC. Destaca-se que apesar disso, essa direção tenta com bastante dificuldade lidar com as demandas do ensino e pesquisa articulando-as com os Acordos da Assistência. Para essa direção está clara a irreversibilidade da sobrevivência do HC pelos serviços que presta. Do MEC, se espera pouco, quase nada além da folha de pagamento dos professores e agora a bolsa de estudos dos residentes:

“È assim eu não tenho orçamento, a minha direção não tem, eu não sei quanto que eu botei de dinheiro, eu tenho um pouquinho de recurso, que eu consegui para o concurso de residência. Eu tenho um recursinho aí que eu, mas que dá mal e mal para minhas pequenas coisas aqui, entendeu? , para minhas pequenas necessidades aqui na secretaria”. (Entrevista, 2007)

No campo da direção de assistência se assume o papel de intermediador entre hospital e Secretarias de Saúde – municipal e estadual. Além disso, se responsabiliza pelas atividades de assistência em si. Essa direção é feita por uma profissional da área de Enfermagem:

“A direção de assistência, ela é basicamente um vínculo que essa direção tem com a secretaria municipal, com o SUS. Então essa direção é que controla todo o atendimento do hospital, a assistência prestada, como que ela vai ser prestada de que forma, o que o SUS preconiza os contratos de gestão com o sistema de saúde são todos coordenados aqui dentro dessa direção. Os credenciamentos de referência do hospital são todos dentro dessa direção, toda essa situação. Então em todas essas áreas, por exemplo, farmácia nutrição tudo que envolve diretamente a assistência está ligada a essa direção. Então toda essa situação de como ela vai se dar, como é o processo de trabalho, como é que vai internar o paciente, como que ele vai se inserir ambulatorialmente ou como que vai ser os contratos de urgência e emergência com o município, estado com o ministério tudo isso é feito, gerenciado aqui na assistência. Então é mais ou menos assim que agente trabalha.”

É na Direção Financeira que as dificuldades operacionais esbarram com relação à verbas oriundas da produção do HC ao SUS.

“A primeira coisa que dificulta bastante o nosso trabalho é a falta de recursos para poder dirigir. O que acontece, nós na verdade temos que controlar duas fases do processo. Que é o crédito, propriamente dito, que é o nosso orçamentário, e o financeiro, que o financeiro é aquilo que nós precisamos para pagar que seria o

disponível que nós teremos. E nós temos que fazer nesse nosso trabalho, muitas vezes um planejamento porque às vezes eu recebo o orçamentário sendo que uma fonte de recurso, e eu posso não ter o disponível financeiro para poder pagar. Então o que acontece, muitas vezes eu recebo uma fonte de recurso, eu recebo uma fonte de recurso desse orçamentário na fonte 155 e o meu financeiro disponível tem número. Então dependendo além da escassez que nós temos, para conseguir manter o hospital num abastecimento ideal, a gente ainda tem as dificuldades, porque alguns contratos, algumas despesas fixas que nós temos que pagar inclusive no mês nós ainda temos que tentar fazer esse jogo de cintura, que é aonde eu recebo a fonte e aonde eu vou ter que trabalhar com ele para poder pagar. Porque é imediato, eu não posso esperar que o recurso venha que o dinheiro venha naquilo que eu empenhei. Então um caso assim bem normal que acontece, vem na 155 aí eu tenho disponível na 153, mas eu já tinha o empenho estimativo que eu precisava para pagar aquela despesa e não veio o financeiro naquela conta, muitas vezes é assim, escuta mais o que é que vocês precisam fazer pra isso. Eu preciso ter jogo de cintura mesmo, porque o disponível que vem, vem de Brasília, então eles é que dão aquela carta marcada. Então o que, que eu tenho que fazer, muitas vezes eu tenho o financeiro, não posso pagar o fornecedor, por conta que eu não tenho a garantia de que eu vou receber o financeiro naquela conta, ou eu tenho o financeiro disponível, mas não tenho a certeza de que eu vou receber o disponível orçamentário para poder empenhar. Então eu tenho dinheiro e não posso empenhar. (...) Entrou o dinheiro mais não entrou o orçamentário para poder empenhar, para poder gastar esse dinheiro que entrou. Então quer dizer, você não tem domínio do recurso pra você dizer assim, então eu vou comprar, que é o que eu estou tentando inclusive trabalhar aqui trabalhar com N fontes de recursos, às vezes eu tenho uma fonte de recurso, mas já é carta marcada.

Infere-se que a historicidade da assistência do HC teve nos primeiros anos uma conotação de laboratório, quando indigentes eram atendidos e o custeio de tais atividades fomentadas pelo MEC. Essa prática começa a ser desintegrada na medida em que o HC e seus professores adentram em convênios de sua escolha dado o caráter vantajoso de tais relações quanto à aspectos financeiros. Dentre os primeiros agentes externos o Funrural, em seguida INPS e SUS. A cada convênio firmado através do tempo, o MEC deliberadamente e paulatinamente vai se desvinculando das responsabilidades do custeio do ensino nos hospitais universitários, primeiro via Ministério da Previdência Social, depois via Ministério da Saúde. Levanta-se o fato de professores do HC se ‘entenderem’ ensino e portanto MEC, não assistência. Em uma das convenções entre dirigentes de hospitais universitários junto ao MEC e Ministério da Saúde professores passam a impressão de que foram ‘abandonados pela mãe e maltratados pela madrasta’.

Os impasses principais, além do financiamento do custeio, permeiam a constante reflexão acerca das práticas a serem encampadas. Dentre as mais curiosas consiste nas

definições pelo nível de complexidade da assistência. Percebem-se os professores forçados a fazer assistência de média e alta complexidade dado o fato desses atendimentos encarecerem a estrutura de custos de hospitais particulares – daí o paciente de fim de linha. Nota-se que o ensino e a pesquisa também foram condicionados a esse tipo de enfoque na medida em que se faziam pela assistência. Daí as especializações e a verticalização das pesquisas. Esses movimentos passam a constituir a identidade dos atores sociais “somos um hospital que faz atendimento de alta complexidade”. Não demora muito e os problemas com o ensino se apresentam na medida em que alunos do curso de medicina não encontram no HC campo para estudos acerca de atendimento básico, de baixa complexidade. Daí o fato de muitos alunos precisarem desenvolver seus estágios em unidades básicas de saúde, porém, sem a presença de professores, que já se apresenta limitada no próprio HC...esse é o tema do capítulo seguinte: as **práticas de ensino**.

4.5 AS PRÁTICAS DE ENSINO E AS RELAÇÕES COM OS ALUNOS

Em tempos iniciais a admissão de estudantes de medicina como funcionários do hospital é considerada prática que não deve ser estimulada no discurso dos professores, mas as práticas de **ensino** tendem a estabelecer relações de trabalho tanto com alunos quanto com residentes. Esse último grupo conforme foi apresentado tem sido o mais sujeito a tais critérios, o primeiro muito menos.

A presença de bolsistas da Bahia pela CAPES é verificada em 1971 e o pagamento de extras acontece via Fundo de Emergência do HC, explicado em capítulo posterior. Como se justifica o pagamento de extras para estagiários? Trata-se de ensino ou assistência?

O **ensino** da Medicina passa a marcar delimitações confusas de sobreposição de grupos de profissionais, ainda na década de 70, quando alunos do 1º ano de medicina passam a frequentar o hospital para familiarização desempenhando atividades de **Enfermagem**. Tais definições foram deliberadas por professores do curso de Medicina e pela direção do HC. A partir daí é possível perceber que além de atuarem em atividades de assistência esses alunos já construíam significado acerca da área de Enfermagem: atividade desenvolvida por aluno de 1º ano de Medicina.

Um professor, membro do conselho propõe que todas as concessões para estágio no HC sejam extintas e que novas concessões sempre tenham um período determinado, evitando-se que os estágios permaneçam '*ad eternum*'. Essa proposição foi aprovada com unanimidade. Aponta-se que as práticas de ensino no HC até o início de 77 no que tange a estágios vinham sendo desarticuladas de aparatos formais ou outros controles tanto em termos de hospital quanto nos departamentos.

É em 1989 que alguns episódios marcantes ocorrem com relação aos alunos do HC. Em decorrência do fato de a assistência ocupar cada vez mais os espaços de discussão e de as redefinições acerca da finalidade do HC estarem centradas no atendimento à população que os alunos desenvolvem novos **valores** às práticas de ensino e assistência no HC – dentre esses valores configuram como principais a **humanização do atendimento, dignidade do paciente**. Nota-se que esse movimento parece ser decorrente dos níveis de assistência no HC bem como de movimentos do Ministério da Saúde trazendo impactos ao ensino. O representante de alunos e um doutorando expõem (1989):

“Na atualidade os cursos de medicina **ensinam ao aluno os diagnósticos das doenças e não especificamente a abordagem dos pacientes**. Essas campanhas são necessárias e os temas deveriam estar inseridos nos próprios currículos das disciplinas para que o aluno tivesse consciência não só do diagnóstico mas sim do paciente como uma pessoa.” (1989)

“Às vezes para o paciente não é mais importante a patologia que está sofrendo, mas sim o atendimento que está recebendo. **A dignidade do indivíduo é fundamental**. O pretexto para o atendimento precário é culpar o grande número de pacientes, o excesso de serviço e a interposição da instituição entre o médico e o doente.” (1989)

Dois professores se manifestam em acordo com as proposições dos alunos expondo que essas campanhas pela importância que tem não deveriam ter prazo para terminar; outro professor da Clínica Médica, aprofunda a questão e alerta que essas mudanças devem passar dos cartazes para ações mais efetivas. Para tanto, sugere a **revisão dos currículos**.

“Precisam ser reformados pois a formação do aluno de graduação a cada dia que passa está sendo **mais técnica e menos humana**” (Professor da Clínica Médica, 1989).

Um discurso proferido por estudante, numa formatura de 75 alunos em (14/08/89) ilustra esse movimento e resume a experiência de 6 anos passados como aluno de Medicina:

“Da infância à velhice, interminável metamorfose de aprendizados, completamos hoje mais uma fase, e apesar de jovens, passamos por experiências cuja magnitude nos marcou profundamente. **Nossas mãos sentiram do calor da criança que acaba de nascer ao último pulso e a frieza de uma vida que termina**. Presenciamos sofrimento, miséria, ignorância, e nos fizemos para não desistir. Aos olhares tristes e esperançosos que nos seguiam pelos corredores, ao choro e ao grito de dor, fechávamos momentaneamente os olhos e ouvidos para continuar acreditando no milagre da vida. (...) vencemos os mesmos obstáculos, mas poucas vezes o fizemos juntos. **A força que nos une é alimentada por sentimentos em comum, e se mostra pobre em idéias e reflexões mais profundas**. Esta vulnerabilidade se fará perceber melhor no exercício da profissão, onde apesar dos sucessos científicos e pessoais a classe médica forma numeroso exército, mas de poucos combatentes quando se fazem urgentes conquistas sociais, políticas e profissionais. De onde estamos, olhando o caminho percorrido, podemos afirmar que tivemos à nossa disposição um bom curso médico, embora distante do desejável. O HC ainda não possui um serviço de Pronto-Socorro, nossa biblioteca está cheia de livros, da nossa idade ou mais velhos. **A divisão preconceituosa do curso em ciclo básico e profissionalizante, faz com que nossa entrada no hospital universitário só ocorra no início do terceiro ano, e o contato direto e responsável com os pacientes só aconteça durante os últimos três semestres**. Mas aqui estamos nós agora médicos. Seria bom encontrar novamente aquele primeiro paciente e pedir-lhe desculpas pela mão pesada e inexperiente que tocou sua ferida, e pelo gracejo que fizemos da sua maneira simples e sincera de pedir

nosso auxílio. (...) **Essa preocupação, que persiste em nossas mentes, parece não ter importância àqueles que se proclamam educadores. Durante os 6 anos do curso desfilarão em nossa frente 61 disciplinas. 8670 horas aula e bastam os dedos das mãos para contar os espaços abertos à discussão da realidade médica brasileira. Não bastasse essa carga horária gigantesca e mal aproveitada, para suprir as falhas do curso, precisamos de um currículo paralelo obtido em plantões e serviços prestados fora do hospital universitário. Nos tornamos mão-de-obra barata e nos faltou apoio e cooperação de professores. Passamos mais tempo dentro das salas do que realmente aprendendo.** Enfrentamos duas greves de professores, marcadas pelo descaso do governo. (...) **Também presenciamos o ato de lavar as mãos, tão salutar nos centros cirúrgicos e enfermarias se espalhar pelos vários cargos administrativos dos cursos (...) ficamos retidos em questões banais nascidas do autoritarismo, intransigência ou mal-entendido entre pessoas.** (...) São realmente necessários plantões de 24 e 36 horas não seguidas de descanso? **É ético o regime de trabalho e o tratamento dado aos colegas, embora menos experientes, os médicos residentes?** (...) reduzam a carga horária e apresentem horários regulares, estimulando a participação em outras atividades e mantendo à disposição um **serviço de apoio psicológico.** Integrem os currículos paralelos do curso, enquanto não forem corrigidas as suas falhas. Tenham coragem, conheçam e assumam as responsabilidades de seus cargos. **Tornem obrigatórias as avaliações periódicas de professores, disciplinas e departamentos.**”

Nota-se a partir do discurso do aluno algumas práticas empregadas no ensino da Medicina na UFPR:

- Ausência de disciplinas voltadas ao atendimento em si, à relação com o paciente. Aparente no tecnicismo exposto na carga horária do curso.
- Carga horária concentrada em sala de aula e baixo percentual da carga horária voltado à prática – assistência. Entrada no hospital no 3º ano e intervenção direta com os pacientes nos últimos 3 semestres.
- Falta de reflexão acerca da profissão contextualizada. Se expressa na resistência de professores em desempenhar assistência localizada, municipalizada.
- Currículo paralelo com plantões fora do hospital de clínicas. Dificuldade do aluno para encontrar espaço no hospital para cumprir horas de estágio.
- Baixa cooperação/proximidade entre professores e alunos. Presença do professor é restrita à sala, considerando o fato de a grande maioria não cumprir jornada integral.
- O “lavar as mãos” (impotência, descaso) presente nos cargos administrativos – chefes de departamento, coordenadores de curso, direção. O discurso em torno

da falta de recursos, da impotência do hospital frente às amarras de convênios e a própria UFPR.

- Plantões de exaustão 24 e 36 horas. Prática recorrente. Décadas depois passou a ser pelo menos recompensada financeiramente.
- Relações precárias com os médicos residentes. Residentes passam a conviver com os alunos nas atividades de estágio. Muitos residentes se responsabilizam pela prática do ensino também.
- Inexistência de serviço psicológico aos alunos. Carga horária exaustiva de atividades de ensino acompanhadas de confrontações morais em torno da atividade e dos sujeitos envolvidos – o doente e a doença.
- Baixo ou nenhum emprego de avaliações periódicas de professores, disciplinas e departamentos. Em décadas posteriores professores e alunos são avaliados. Primeiro internamente, depois pelo MEC. Os resultados são críticos.

É em 1991 que se iniciam as tentativas de discussões em torno da reforma do ensino médico, principalmente em função das intervenções do Ministério da Saúde nos hospitais universitários. Uma das questões recai sobre a pesquisa acerca das demandas sociais vigentes dos contextos em que os hospitais estão inseridos, além da humanização do atendimento aos pacientes. Como exemplo, nessa época os atendimentos a pacientes com AIDS são concentrados no HC. Tais condições obrigam pesquisadores e professores a lidarem com pesquisas já delimitadas no âmbito social.

Só em 2005 é lançada pela 1ª vez o **processo de avaliação**, por períodos, envolvendo na primeira etapa, os alunos do curso de medicina. O primeiro componente uma avaliação do docente pelo discentes, onde foram avaliadas 120 disciplinas e os 200 docentes dos setores de Ciências da Saúde e Biológicas envolvidos no curso de medicina. O 2º componente dessa avaliação foi a retenção do conhecimento básico, contendo 100 questões sobre os conteúdos do ciclo básico. O 3º componente consistiu na retenção do conhecimento profissionalizante, contendo também 100 questões. Houve uma boa aceitação por parte dos professores e dos alunos, com uma adesão de 60% como um todo e 75% da parte profissionalizante. A última fase refere-se à parte de competências e habilidades aplicada para os alunos do 12º período de medicina. Nenhum resultado foi registrado.

Mais tarde, o diretor de Ciências da Saúde e o Departamento de Tocoginecologia implantam 3 laboratórios de Competências e habilidades, propiciando simuladores aos acadêmicos. Em 2006, o professor de Pneumologia alega a falta material didático (data show e computador), manifestando ser impossível ensinar sem equipamentos de multimídia. Nota-se aí a defasagem tecnológica de algumas áreas do HC em termos de ensino. A distribuição de recursos entre os departamentos e serviços é certamente assimétrica. Aquelas áreas que se sobressaem em termos de ensino geralmente apresentam números representativos e visibilidade social via assistência.

A coordenação do curso de Medicina comenta que o nível terciário prestado pela maternidade do hospital **não é adequado para o aprendizado dos alunos do curso de Medicina e nem para o programa de Residência Médica – R1** porque oferece somente pré-natal para gestantes de risco e não o pré-natal normal. Tais estágios deverão ser feitos na Maternidade Vitor Ferreira do Amaral ou em unidades externas. Os R1 estão ‘aqui porque não há outra saída para manter os atendimentos’. Destacam-se os efeitos da prática de concentração do HC para atendimentos terciários ou de alta complexidade nas práticas de ensino, principalmente para alunos da graduação e residentes em fases iniciais. Como alternativa, a prática do ensino de atendimento de baixa e média complexidade precisa ser feita em outros locais, outros hospitais ou unidades de saúde. Daí o afastamento dos alunos para locais de fora do HC, afastados de seus professores, contando com o apoio de médicos contratados para assistência, que por consequência adentram em práticas de ensino, na maioria das vezes voluntariamente.

Para se ter uma idéia do estado crítico do ensino, em 2007, o CCAA/SMS determina que o HC efetue o ressarcimento à União, dos valores recebidos indevidamente por cirurgias plásticas para fins estéticos. Apesar da Tabela do SUS não contemplar esses procedimentos, alguns profissionais do hospital insistem em fazê-lo, **à revelia das normas estabelecidas, para contemplar as necessidades do ensino**. Em consequência, o HC é penalizado tendo que devolver os valores recebidos e absorver os custos dos procedimentos realizados. A direção geral do HC manifesta não estar disposta a financiar o ensino arcando com os procedimentos não cobertos pelo SUS e as práticas de ensino ficam sujeitas às delimitações da estrutura de assistência.

A avaliação do MEC em 2007, no curso de Medicina na UFPR atribui pontuação de 3 numa escala de 1 a 5, o que é crítico para a universidade. Se desperta para a necessidade de

ações integradas entre o HC e o Setor de Ciências da Saúde. Dentre as ações, destaca-se o levantamento, nos últimos 5 anos, do percentual de alunos egressos da UFPR que fizeram prova da residência médica no HC; desse resultado a verificação do percentual de aprovados e suas respectivas notas, comparando com o desempenho dos que vieram de outras faculdades de Medicina. Na sequência, verificar o percentual de residentes egressos da UFPR que fizeram provas nas especialidades, quantos foram aprovados e seu desempenho. Esses levantamentos servirão como auto-avaliação do curso de medicina permitindo comparação com outras instituições. É a primeira vez que o curso é pensado comparando-se com outras instituições de ensino médico. Para a coordenadora, o curso de Medicina da UFPR conta com um número suficiente de professores e esse desempenho deve-se **ao pouco conhecimento por parte dos alunos e à falta de envolvimento dos docentes.**

4.5.1 A reflexividade das práticas de ensino pelos professores

Dentre os principais articuladores do ensino no hospital de clínicas está a Direção de Ensino e Pesquisa e extensão que tenta lidar com as demandas dos cursos do setor de Ciências da Saúde e o HC. Destaca-se que essa direção não existia até 2003, e tais articulações eram desempenhadas pela direção Clínica.

“E criou-se a direção de ensino, pesquisa e extensão. O que migrou da direção do corpo clínico pra direção de ensino e pesquisa definindo **como concreto** foi a residência médica. Então se pensarmos assim estruturalmente qual foi a estrutura que veio de lá pra cá foi a condição de residência médica. Mas na realidade o que veio, por que a direção do corpo clínico era quem fazia toda a relação e o regulatório das questões de assistência e das questões de ensino, só que com a assistência crescendo do jeito que cresceu **a questão de ensino estava ficando restrita a condição de residência médica e ficou restrito a isso.** Então ficou de separar isso. Para que? Para que a direção de ensino e pesquisa e extensão comece a fazer o trabalho **de integração das atividades acadêmicas com as atividades de serviço, as atividades de ensino.** Porque hoje nós temos aqui, fora os alunos da Universidade Federal do Paraná os cursos da área da saúde que é enfermagem, nutrição e principalmente medicina e agora vai começar a entrar terapia ocupacional daqui a pouquinho porque é um curso mais novo da área da saúde daqui a pouco vai começar a ter alunos. Então além desse aí nos temos mais ou menos **por ano três mil alunos de outras instituições que através de convênio fazem estágios aqui de nível médio, de nível técnico, enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, e por aí vai.** Então o componente em si do hospital quer seja da universidade ou de instituições conveniadas o hospital é um laboratório, é um campo de estágio desse povo. **Alguns inseridos plenamente**

dentro de serviço como, por exemplo, os estágios curriculares do curso de medicina lá nos últimos períodos outros apenas se utilizando do hospital para momentos de ensino não inseridos propriamente no serviço. Então por exemplo, alunos técnicos de radiologia que vem, acompanham os serviços de radiologia, e vêem as técnicas e efetivamente manipulam alguma coisa mas não estão inseridos na rotina do serviço. **Diferente dos alunos de medicina, por exemplo, que na área de emergência estão inseridos na rotina, quer dizer eles são responsáveis por atendimento,** por isso, por aquilo, são modalidades assim diferentes mais enfim é um contingente grande. E isso impacta na assistência, isso tanto interfere nas rotinas de assistência como isso faz com que a gente tenha que adequar as nossas assistências às necessidades do ensino. **Então o compromisso com os alunos de medicina, por exemplo, da Universidade Federal do Paraná é no final de seis anos de estudo é entregar um determinado profissional, com um determinado perfil, formação com determinadas competências, com determinadas habilidades.** (...) Eu não posso abrir indistintamente a assistência e jogar os alunos lá dentro. Eu tenho que ter alguma qualidade, eu preciso ter determinados tipos de pacientes, determinados extratos de pacientes com determinados tipos de patologia para minimamente preencher algumas condições de formação que o profissional precisa. Então esse é o grande desafio da direção do ensino e pesquisa, a gente tem que começar a fazer essa integração com a área de assistência, e assim, **quando fala ensino pensa-se professor, mas, isso é um paradigma que não vale mais. E aí eu permiti acoplar os profissionais da assistência com atividades de ensino.** (...) A direção do corpo clínico cuida da relação das regulações dos diversos profissionais e ética e coisas desse tipo das comissões regulatórias, normativas e tal ela não é operacional assim como eu também não sou operacional. **Mas o ensino esta sendo feito cada vez mais pela área de assistência.** Então o nosso papel é começar a aproximar isso e integrar isso com as áreas operacionais que é a direção de assistência.”

A partir dessa apresentação discursiva é possível confirmar que as práticas de ensino no HC, em especial do curso de Medicina da UFPR consistem em atividades de assistência de fato. E que o paradigma de que é o professor que acompanha essa prática está ruída. Então as práticas de ensino no HC, para alunos de medicina consistem no trabalho direto e repsonsabilizado com a assistência em serviços especificados. É prática também que o acompanhamento desses alunos seja desempenhado por médicos não por professores. O SUS parece estar permeando essas atividades dado o fato de o ensino estar estruturalmente vinculado à assistência no HC, pelo menos no ensino prático. Na sequências as tentativas de operacionalização das práticas de ensino no HC:

“As áreas assistências que representam a atividade fim da instituição. Mas antes da gente avançar ainda nas outras áreas de assistências, nas outras grandes áreas cirurgia, clínica, saúde da mulher, pediatria, esse negócio todo, antes da gente avançar pra lá, e é esse o momento que nós estamos começando a trabalhar agora. **Nós temos que estabelecer com as instâncias de ensino um pacto, ou estabelecer um regulamento bem claro; o que vocês precisam da assistência para poder fazer medicina (...)**

Esse é o momento que nos temos que estabelecer esse pacto com os departamentos (...) Eu até posso negociar esse contrato com o SUS, mais se eu diminuir o que está contratado eu vou diminuir dinheiro. Aí o impacto vai no outro ponto, que tem que pensar no financiamento com a instituição, então eu até posso mexer aqui mas tenho que pensar nisso aqui. Eu tenho já alguns custos já estabelecidos, então como é que eu mantenho o equilíbrio. Então o outro referencial aqui é a questão do ensino, que a outra ponta do quadrado, que é assim, **como é que eu faço, eu não posso formar, formar médico é um negócio meio artesanal. Eu tenho que ter pra cada, um número não muito grande de formandos, alguém que dê supervisão, uma orientação, e eu tenho que ter na frente dele o elemento pelo qual ele vai aprender que é o paciente ou que é enfim...o objeto de pesquisa. Que tem que ter alguma qualidade porque não é qualquer um que se naquele momento eu estou aqui estudando neurologia, ciências neurológicas, mas não é qualquer paciente neurológico que ele tem que atender epilepsia, dor de cabeça, derrame. Mas toda a nossa assistência está contratualizada com o SUS, e pela regra do SUS, só vem pra cá quem o SUS manda, então eu tenho que saber o que eu preciso no ensino para negociar com o gestor de assistência, olha eu preciso que vocês me mandem essa qualidade, eu sei que a sua necessidade, lá fora é de mandar mil, mas eu não consigo atender isso, porque o meu negócio não é atender, meu negócio é ensinar, se você me mandar mil eu não vou atender nem ensinar, é cem que eu quero.** Aí tem algumas coisas que a própria regulamentação do sistema único de saúde, a regulação do sistema impacta negativamente no ensino, que é mais ou menos assim: **se o doente não for de uma determinada região ele não pode ser atendido aqui, se o doente não está dentro do código de transação e algumas outras coisas assim burocráticas, administrativas do sistema, ele não pode dar continuidade na assistência. Todas as consultas têm que ser marcadas via central de marcação de consultas, então se eu quero te ver daqui cinco dias, eu não tenho garantia de que daqui cinco dias eu te vejo. Então se eu estou programando alguma atividade de ensino pra daqui cinco dias, porque você é uma situação interessante para eu ensinar mais um grupo de alunos, eu não posso contar contigo, porque eu não tenho a garantia de que daqui cinco dias você vai estar aqui. Pode ser que você não esteja aqui, ou quem sabe você vai estar lá no Evangélico. Porque o sistema funciona assim.** Por que o princípio do gestor é regular tudo, é “eu pago, mas eu quero ter gerência”, mas eu preciso saber quanto para chegar pro cara e dizer assim, esse bolinho aqui, você me paga e eu gerencio esse troço aqui. Por que daí esse bolinho aqui como o ensino termina em dezembro e volta em fevereiro, eu não tenho quem faça, mas eu continuo financiado. **Então a cultura de ensino continua muito forte, e a instituição tem uma resistência natural, a entender que hoje está muito mais como regra de mercado do que de academia, de centro de pesquisa, de núcleo de pesquisa.** Então o foco a partir daí é que agente tenha soluções mínimas para poder implantar a unidade funcional e ter o hospital inteiro funcionando como unidade de negócio.

A partir da exposição do professor é possível perceber algumas rotinas do ensino em termos de interrelação com a assistência em especial quando essas rotinas esbarram no paciente, objeto de ensino de preferência para algumas disciplinas e departamentos. O paciente é transitório, não é mais escolhido. O acompanhamento desses pacientes também

passa a ser controlado não pelo ensino, mas pelo Sistema Único de Saúde, que a partir da Central de Leitos delibera via secretaria da saúde os pacientes a serem assistidos em determinados hospitais. De fato o ensino passa a perder sentido na medida em que se sente a dificuldade de se acompanhar evoluções de quadros clínicos. Destaca-se a dificuldade encontrada pela referida direção quanto às negociações internas e externas: de um lado demandas legítimas por pesquisadores e professores e de outro a pressão coercitiva e regulativa do SUS que concentra por lei 100% do atendimento do hospital. Como negociar por melhores práticas de ensino se nenhum lado quer ceder? Esse parece ser um problema que se pensa entre alguns atores, ser resolvido via o novo modelo de gestão, o de Unidades Funcionais. Porém a adesão dos departamentos quanto a esse modelo é insignificante para as proporções dos dilemas a serem resolvidos, principalmente por ser compreendida entre os professores como um mecanismo de mercantilização do hospital e por consequência das atividades de ensino. Tem-se como consequência falta de racionalização desses processos e a dificuldade de pelo menos levantar o que se precisa em termos de ensino com relação à assistência. Os níveis de coesão entre as áreas e finalidades do hospital é também um aspecto que desfavorece iniciativas de integração com agentes externos, outras contradições despontam:

“Hoje, nessa cadeia, nesse sentido, na minha opinião, vamos ser otimistas, de 0 a 10 a coesão do HC é 4. Sem dúvida, sem dúvida a questão é assim. **Há uma divergência muito grande entre o que a academia entende, prega e quer que seja feito e aquilo que o sistema único de saúde exige, prega e diz que quer ser feito.** O conflito já começa no tipo de pessoas que temos que formar. O sistema único de saúde quer que agente forme **generalistas**. Boa parte da academia não entende assim, boa parte da academia entende que não tem esse troço de médico generalista, ele tem que ser **especialista**. Então por conta disso, e aí vem um outro paradoxo: o sistema único de saúde coloca o hospital das clínicas como lá na ponta, **terciário, quartenário**, dentro do sistema, mas ele quer que eu forme generalistas. Os estudantes do curso de medicina têm grande parte do seu currículo, fortemente dentro do hospital, que dizem eu não vou formar generalistas, **porque eu não tenho área básica** aqui. Eu só tenho nível secundário, terciário, quartenário, de assistência. Aí o sistema único diz assim, **pra você fazer tem que ir lá na unidade básica, que a academia não vai.** Mas é como historicamente, está aqui dentro do hospital, a culpa é nossa.”

Nessa narrativa o professor apresenta uma contradição fundamental para a relação ensino e assistência: ensino generalista ou especializado frente assistência de baixa ou alta complexidade. Outro professor da Clínica Médica expõe outras interpretações acerca do ensino e desses paradoxos:

“Olha, eu acho que as universidades ainda não acordaram para uma realidade. As universidades brasileiras, de um modo geral, principalmente as públicas, estão nessa situação. Num curto prazo de tempo, eu vou ficar só na área da saúde, eu acho que nos próximos dez anos, a medicina vai mudar tanto que as atuais configurações de disciplinas que existem elas estarão ultrapassadas. Por que na realidade... Aí você tem que fazer uma evolução histórica da situação. Por exemplo, a minha geração foi formada especialista por médicos que tinham grande domínio da medicina da forma ampla, da forma geral. Quer dizer as pessoas que nos formaram eram grandes dominadores da medicina de uma forma geral. E nós fomos formados para a especialidade. Nós fomos direcionados para dominar um segmento da medicina. O que está se buscando hoje para a própria diretriz é exatamente o inverso, é que você forme médicos com uma formação ampla e que eles tenham condições de resolver pelo menos 70, 75% das demandas de uma população. E quem está formando essas pessoas, os especialistas, que valorizam o pedaço do todo. (...) As evoluções estão acontecendo de uma forma tão grande, que as universidades não estão preparadas para formar essa situação da evolução. Para você mudar um currículo na universidade hoje é uma dificuldade. Você tem que ter ajuste curricular, você pode até fazer, mas não pode mexer na carga horária, mas hoje para você melhorar o curso tem que mexer na carga horária. Mas reforma tem que ter toda uma legislação, para ser seguida e só pode valer depois de aprovada para a primeira turma que entrar no vestibular, aquele negócio, quer dizer, você leva seis sete anos para implantar uma mudança de qualquer coisa. E depois você pode ter errado na sua reforma, e até você corrigir você perdeu aí duas gerações. (...) Além disso, a medicina ficou muito complexa, e com essa complexidade surge a necessidade de várias subespecializações. Então o número de ambulatórios vai aumentar cada vez mais. Você tinha conhecimento horizontalizado mas hoje ele é muito verticalizado.”

A partir da compreensão do professor o ensino tem passado por processos de verticalização via especialização. Decorrente daí a necessidade de serem abertos inúmeros laboratórios. Porém o que se deseja dos profissionais da medicina a capacidade de resolver até 75% dos problemas de saúde de uma população, o generalista. Além disso, tem-se a demanda social pelo atendimento integral, não parcelado. Dentre as razões para tais paradoxos: os currículos não acompanham o ritmo das transformações sócio-técnicas pela morosidade burocrática e cultural para essas mudanças.

Para Campos (1999, p. 3) os serviços especializados valorizam uma clínica centrada em “procedimentos tecnológicos” e cultivando pouco, a clínica trabalho-humano concentrada. Em quase todos estes serviços ocorre um enfraquecimento das equipes mais generalistas; pediatras, internistas ou cirurgiões são deslocados por professores envolvidos com aspectos muito específicos da clínica. Em consequência, tanto o atendimento, quanto o ensino perdem seus eixos integradores, compartimentalizando-se em esferas privadas com pequena integração entre si. Em geral, o quarto ano de medicina transformou-se em um *pot-pourri* de mini-cursos, procedendo-se a uma divisão dos estágios entre dezenas de especialidades que

pouco dialogam entre si. Além do mais, cada uma destas disciplinas estrutura-se segundo uma lógica inadequada. A ordenação universitária por departamentos, potencializada pela lógica médica de se organizar em dezenas de especialidades, acabam criando instituições difíceis de governar. Em muitas localidades, vários destes departamentos se autonomizam tão radicalmente que se transformaram em novos serviços

Na sequência tem-se a exposição da direção geral do HC:

“Teoricamente o atendimento é integral. Mas hoje nos somos um hospital terciário e quaternário. A complexidade é alta a nossa. Por exemplo, quando eu me formei nos tínhamos a neurologia. Hoje a neurologia tem pelo menos 10 ambulatórios distintos. Então tudo isso tornou o hospital muito mais complexo. Tem uma pessoa que hoje é hiper especialista, hoje ela não quer trabalhar mais no geral. (...) Então os docentes que antes faziam toda a parte médica, passaram a fazer mais a parte acadêmica, não em detrimento, mas reduziram a sua função no atendimento médico ao paciente, fazendo com que o hospital passasse a contratar mais médicos para a tarefa médica. Só que na visão do docente, ele acha que o domínio da assistência ainda continua sendo dele, do tempo em que ele fazia o atendimento. Aí vem um dos motivos de choque, entre a parte acadêmica e a parte assistencial. (...) O médico quer atender, ele acha que ele não tem obrigação com o aluno. Eu acho que tá errado. Ele trabalha em um hospital Universitário. Mas legalmente ele não tem compromisso nenhum. Ele não pode fazer uma prova para o aluno, ele pode até ensinar, mas ele não pode fazer prova porque se ele der uma prova e o aluno erra uma questão, o aluno entra com um recurso e ele ganha, aquela questão é anulada. Porque só o docente pode fazer isso. Embora você tenha vários médicos não docentes que ensinam muito mais do que docentes médicos. E ao mesmo tempo o docente ele acha que o serviço dele não é tocar serviço, tocar volume. Ele acha que isso não é a função dele. (...) outro fato que acontece? A prefeitura acha que a gente podia pressionar mais para desmamar o doente. E essa é uma dificuldade porque eu não posso obrigar um médico a desmamar. Olha você tem que dar alta pra esse paciente. Esse é um ato médico, cabe a ele a consciência disso. E outra ele tem interesse em acompanhar esse paciente por várias vezes, ‘porque eu sou professor, tenho os meus alunos e eu quero acompanhar esse paciente a cada três, quatro meses. Aí começa o conflito entre a área acadêmica e a área meramente assistencial que da prefeitura o que interessa é a área meramente assistencial. Daí quem é o bandido? O diretor do hospital. Ta entregando o hospital pro SUS. Porque na realidade quem paga a conta é a prefeitura. E esse é outro grande mal entendido. Porque quando o hospital foi criado como laboratório de aula prática para os estudantes de medicina, ele era totalmente direcionado pelo MEC. Bons tempos. (...) Então para muitos a cabeça continua sendo a mesma. Então daí veio o golpe. (...) hoje é um hospital que a missão dele é prestar assistência a comunidade com qualidade e dar as condições para o ensino. Quer dizer, hoje, eu não posso obrigar um docente a vir dar plantão aqui domingo a noite. Agora eu preciso ter a estrutura montada, se ele quiser vir ou colocar um residente dele ou um doutorando aqui, tem estrutura pra isso. Mas quem vai ensinar é ele. Outra coisa que nós queremos é que quem dê as diretrizes para a atenção a saúde, seja a academia. Então quem faz o protocolo não é o nosso médico, mas a academia. Isso é que qualifica o hospital. Isso é o que faz o diferencial.” (Diretor Geral, 2008)

É possível inferir a partir dessa análise o seguinte quadro: professores não desejam fazer assistência, não são obrigados a tais responsabilidades; mas também não abrem mão do controle de tais serviços de assistência para os médicos. O médico não tem o reconhecimento por parte da academia para definir tais diretrizes. Porém, o médico se percebe impelido a cumprir com atividades de ensino, quando também não tem autoridade legal para tal. Os profissionais médicos então, não dispõem de autonomia para definir diretrizes acerca da assistência tampouco legitimidade para o ensino. Quanto ao ensino e aos alunos: professores delegam aos médicos, esses deveriam fazê-lo como instrutores de ensino ‘porque trabalham num hospital universitário’. Indefinições práticas e legais cercam a prática do ensino. Na sequência o relato com o diretor do Setor de Ciências da Saúde:

“Quanto mais alto na cadeia de aprendizado, maiores os custos. Um exame a mais, um procedimento a mais, tudo isso gera aumento de custo naquele atendimento. Mas isso faz parte do processo de ensino e aprendizagem, à medida que ganha confiança ele tende a trabalhar com menos exames, com menos consumo. (...) Existem enfrentamentos ainda. Evidentemente, de uma forma a gente compreende que o hospital é refém do sistema de saúde. A visão financeira do hospital, na verdade impõe um modo de trabalho a todos os demais. Mas tem uma discussão filosófica se um hospital escola é primeiro um hospital ou primeiro uma escola? Essa é uma questão filosófica que talvez possa parecer muito semântica mas ela é verdadeira. (...) Então não tem lugar certo. Onde se pratica boa ciência e boa arte é um bom lugar pra se aprender, não interessa se isso é hospital ou unidade básica. Agora o hospital escola, construído pra ser hospital escola tem uma característica diferente do bom hospital que se torna um local de aprendizado. O hospital de clínicas foi construído pra ser um hospital escola. E filosoficamente ele é constituído por docentes, por várias comunidades, a comunidade docente, a comunidade técnico administrativa, e é isso que dá uma visão diferente. (...) Agora é lógico, o nosso pagador não ta preocupado com educação, ta preocupado com saúde. Educação é outro Ministério. Apesar de que cada vez mais o Ministério da saúde tenta influir nas práticas de educação. Porque ele é o Ministério que mais tem dinheiro. (...) Na verdade com essa mudança do perfil do hospital, indo pra um perfil de maior complexidade, isso faz com que os cursos de graduação tenham que procurar em outros lugares menos complexos. Então tem uma movimentação nos currículos de diversos cursos, de medicina, enfermagem, pra uma extensão fora da área hospitalar, que já tem muitos anos. (...) Então é levar os nossos alunos para o SUS. Isso já é feito já há muitos anos, 10 ou 12 anos talvez, mas nas novas propostas curriculares isso ta sendo de uma maneira mais organizada, mais sistemática e com uma transferência da supervisão que no passado era feita mais a distância e não feita necessariamente por docentes, mas por profissionais, o que é legítimo. Os professores estão do lado de cá na Universidade. Então os nossos professores são os professores que estão lá. São professores da Prefeitura digamos assim, eles não são docentes de ensino superior. E isso gera também uma série de dificuldades, porque esses servidores não são pagos pra serem professores. Professor

não é um emprego, é uma função a ser desempenhada. (...) Apesar de os alunos precisarem ir pra lá, os docentes tinham funções no hospital pra ser desempenhadas. Funções de alta complexidade. Se eles forem embora, quem vai fazer isso? (...) Outro ponto é que na carreira dos professores e na própria vida do hospital é importante ter pesquisa, é importante ter tudo isso. Como é que vai fazer tudo isso lá? Lá não tem estrutura de pesquisa. No papel parece tudo bonitinho essa a integração da assistência, ensino, pesquisa e extensão, parece ser muito fácil, no papel. Executar isso é que é muito difícil. Até porque nem todas as pessoas jogam em todas as posições. Existem pessoas que são melhores no ensino, outras na pesquisa outras na assistência. Não existe volta. A hierarquização do sistema já aconteceu. E até um tempo atrás se mantinha ainda no hospital de clínicas algum controle, de uma parcela do hospital ainda sobre o cuidado digamos assim do que eu costumava-se usar o termo de academia, que eu não gosto. Porque curiosamente passou a se usar o termo de academia como retrogrado. E a academia é sim tradicional. E isso não é de todo ruim. Até porque é graças a esta mesma academia que impôs que a Universidade deveria gerir o hospital. Porque na visão de alguns ele devia contratar administradores pra gerir o hospital. (...) o nosso problema não é o Diretor do hospital, até porque ele também é professor, ele também é docente. O que a gente não pode fazer é deixar de apresentar a resistência porque no momento em que desaparece a resistência se pensa que estamos fazendo do jeito certo. Massificar o atendimento ainda não o melhor jeito de ensinar. (...) o tempo que se dedica a uma consulta e o que é recomendado pelo SUS é que não se gaste mais que quinze minutos numa consulta. Talvez o aluno leve trinta anos pra ele aprender a atender em cinco. (...) Os professores, os docentes eles querem atender em condições ideais e outro da melhor maneira possível. (...) Se você me der uma mesa pequena com um banquinho eu me adapto. Se me der uma mesa menor ainda com dois banquinhos eu também sei atender assim. Se tira o banquinho e fica só o banquinho por cliente? Eu também atendo assim. Tira a minha mesa. Ah eu escrevo na prancheta. Tá cada vez mais barato, cada vez mais eficiente. Eu vou me adaptando, eu sou pragmático. Tem que ter esse pedacinho professor... Não, o cliente não pode sentar aqui nesse banquinho. Ele tem que ter uma cadeira pra ele possa sentar confortavelmente. Então tem que balancear, porque o aluno, ele tem que ver esses dois mundos na verdade, eles coexistem dentro da gente. Nós queremos o ideal pra nós. Todos estão de boa fé, cada um defendendo a sua posição. O antagonismo não é repulsivo, ele é por função. Porque se ninguém reclamar, se só ele reclamar o outro interlocutor que o SUS, que o Secretario Municipal de Saúde vai dizer, só você que reclama, não to escutando mais ninguém reclamar”. (Entrevistado, 2007)

As declarações do diretor de ciências da saúde confirmam algumas práticas do ensino como: ensino pode ser feito por profissionais da saúde que não são professores bem como em unidades de saúde que não são escola. Quanto ao papel dos professores ‘que ficam do lado de cá’ é de pesquisar e desempenhar atendimento de alta complexidade e que aquiescem mas estrategicamente resistem e reivindicam para que os novos padrões não se estabeleçam nas condições dadas. As posições práticas parecem explicar as diferentes condutas estratégicas, daí a impossibilidade de integração entre ensino e assistência – do lado de cá se defende ensino, do lado de lá se representa padrões da assistência. Até que ponto tais mudanças de

posições implicam nos níveis de reflexividade dos agentes em torno de suas práticas de ensino e assistência? E a pesquisa como vai? No capítulo seguinte é desenvolvida a trajetória das **práticas de pesquisa** no HC.

4.6 AS PRÁTICAS DE PESQUISA

È apenas em 1971 que a discurso em torno da pesquisa no HC é colocado em pauta a partir da Reforma Universitária, que vislumbra a criação de um órgão suplementar, o Núcleo de Aperfeiçoamento Pesquisas e Investigações.

Conforme foi indicado, a realização da **pesquisa** no HC tem encontrado dificuldades de ordem financeira. Na década de 60 a pesquisa não aparece no HC, mas existe o Fundo de Emergência, que é utilizado para fins diversos como pagamentos de viagens, bolsas para residentes, gratificações e pouco ao financiamento da pesquisa. Alguns professores têm mais facilidade para captar os recursos desse fundo via solicitações por ofício. Outros não têm êxito.

O HC consegue se mobilizar para vários eventos científicos como o evento realizado pela Clínica Médica IX Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas com a participação de especialista de Tokio. Em outra ocasião o estágio de um professor norte americano é aprovado na Pediatria. Outras áreas também se especializam como a Estomatologia, quando solicita área específica no HC para o mestrado.

Em 1976 junto às políticas de atendimento via INPS, surgem recursos para pesquisa derivados do FNDE. Mesmo assim, a pesquisa ainda não se destaca a partir desse recurso. É possível se estabelecer uma relação de ordem no HC com relação à Assistência e Pesquisa, tendo em vista que muitas áreas se desenvolveram no campo da pesquisa enquanto tentavam construir boa assistência. O serviço de Transplante de Medula Óssea é um deles: em 1982 buscava apoio com agentes da assistência, no caso com o presidente do INAMPS no RJ abordando o programa de transplante de medula óssea, aventando a possibilidade de realização de um convênio para transformar esse programa em um serviço de referência para todo o Brasil. (03/08/82) ocupando espaços internos - colocando em relação os 5 e 6 andares do anexo B, local anteriormente destinado à residência. Esse professor insiste na apresentação do regimento do HC na medida em que discute também os papéis do HC.

Em 1983, um dos conselheiros insiste na criação localização da Comissão de Planejamento Científico, como estimuladora de produção científica. Inicialmente obtém poucas iniciativas de chefes de departamento e de curso. Nesse ano também o HC recebe visitas de médicos do Japão e Inglaterra para trocar experiências, também associadas à gestão.

No início de 1987 é criada a **Comissão Científica** que tem como representante docente do departamento de Cirurgia e de outros departamentos do HC. Dentre os objetivos para essa comissão:

- Zelar pela observância das diretrizes nacionais e internacionais propostas para pesquisas, promovendo sua divulgação.
- Identificação de fontes de recursos para pesquisa.
- Analisar morbidade e mortalidade dos pacientes atendidos.
- Realizar a Jornada científica do HC, anualmente.

É possível identificar a partir da criação da Comissão Científica a predisposição inicial para a regulamentação e normatização de pesquisas no HC em níveis de referência nacional e internacional. Pelo que consta, a divulgação de editais de eventos passa a constituir numa das atividades. Outro ponto a destacar, consiste na prática da pesquisa pouco fundada em órgãos afins como CAPES, CNPQ, os recursos ainda são pouco acessados. Mais tarde algumas áreas passam a se destacar na captação de recursos à pesquisa, como o Departamento de Cirurgia Cardiovascular - que em decorrência das políticas de **verticalização** da pesquisa – passa a se **especializar**. Tais práticas têm possibilitado melhorias na qualidade da assistência de **alta complexidade**.

Com o **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde**, posto em definitivo em outubro de 1988, professores assumem que os Convênios (Previdência) sempre foram **puxados** pela Secretaria da Saúde e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Importante salientar que professores e chefes de departamento não dispõem de mecanismos legítimos (legais) para **puxar** pacientes. A **prática da escolha de material didático** não é mais possível. Tem-se o **ensino e a pesquisa sujeitos à assistência**. O Ministério da Saúde passa a demandar de Hospitais universitários estudos e pesquisas que estejam em acordo com as necessidades da sociedade, o que incide na percepção **determinística** do que seja estudado. Tais diretrizes corroboram também com a **Constituição de 1988**, que prevê cidadania também a partir de garantias do Estado à Saúde.

Em meados de 1989 o regulamento da Comissão Científica passa por mudanças, tendo como foco a **Padronização de Medicamentos**, com ações inicialmente concentradas no Corpo Clínico que percebe baixa participação dos envolvidos. Como reversão é proposto que os demais departamentos também sejam envolvidos. Dentre os envolvidos: Clínica Médica,

Cirurgia, Tocoginecologia, Pediatria, Saúde Comunitária, Patologia Médica, e pós-graduação, que fora indicada pela Clínica Médica. Também foi definido que o presidente da referida comissão deve ser médico, e as deliberações por maioria simples. As funções dessa comissão passam por algumas alterações que consistem em:

- Estimular e divulgar as principais linhas de pesquisa;
- Observar as principais diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa;
- Avaliar projetos científicos identificando suas necessidades e possibilidades operacionais, fontes de recursos;
- Realizar anualmente a Jornada Científica do Hospital de Clínicas;
- Articular suas atividades de ensino e pesquisa dos **Departamentos do Setor de Ciências da Saúde**.

Nota-se que a referida Comissão apesar de desenvolver para si objetivos, lida com situações contingenciais, nesse caso com as demandas por padronização de medicamentos advinda do Sistema Único de Saúde, em lugar de análises de morbidade e mortalidade dos pacientes. Além disso, passa a abranger todos os Departamentos do Setor de Ciências da Saúde.

Dentre as áreas que avançam rapidamente na pesquisa está o Serviço de Transplante de Medula Óssea. O chefe da referida área adota estratégias de integração da equipe bem como consegue captar a partir da Fundação recursos para as pesquisas da área advindos de diversas fontes. Em 1991 consegue 15 milhões de cruzeiros, para plano de aperfeiçoamento o Serviço Transplante de Medula Óssea (STMO), incluindo formação externa. Tais movimentações recebem crítica de professores, como o professor da pediatria que questiona a utilização da Fundação para transferir recursos do Ministério da Saúde a cursos de formação no exterior. Critica a sistemática de utilização da Fundação ao invés da utilização de órgãos orientados para esses fins como CNPQ, FINEPE E CAPES. O serviço de Transplante de Medula Óssea é o único com personalidade jurídica no país. Outras áreas continuam enfrentando dificuldades. A avaliação geral é de que:

“a nossa universidade é uma das últimas em investigação e pesquisa na área de medicina. com isso existem dificuldades de se conseguir bolsas e verbas etc”.

Faz parte das diretrizes da direção do setor de Ciências da Saúde, **a constituição de um grupo de apoio à pesquisa**. Afirmo o Diretor de Ciências da Saúde:

“E esse grupo chegou à conclusão de que o Setor e o Hospital não têm a linha de pesquisa reconhecida nos órgãos fomentadores da pesquisa e isso foi confirmado com a visita da profa. Dulce Martinelli quando ela fez um apelo no sentido de que seja solicitado bolsa para iniciação científica. Este grupo pretende a Hierarquização e a Institucionalização da Pesquisa.” (07/1991)

Para alguns professores, como o prof. Loddo um dos fatores que prejudicam o desenvolvimento de pesquisas **é a falta de pessoas e estrutura capacitada para fornecer informações**. Dessa maneira, um professor da Oftalmologia argumenta que se faz necessário um pequeno seminário para passagem dessas informações aos departamentos que desconhecem o caminho a ser seguido para a realização de pesquisas. **Dentre os professores mais informados acerca do assunto está o chefe de departamento de Pediatria que se dispõe a informar**.

Em reunião da Pró-reitoria de Planejamento é solicitado ao Setor de Ciências da Saúde que os departamentos façam uma programação, um planejamento para estabelecer suas linhas de pesquisa e seus pesquisadores e encaminhem a pro-reitoria de planejamento.

Na sequência o diretor geral comunica que a partir do mês de agosto de 1990-1 haverá na Assessoria de Programas e Relações Interinstitucionais, duas pessoas que passarão a entrar em contato com professor da Pediatria e com o setor de Ciências da Saúde, com os Departamentos, para enfim manter uma estrutura que **além de auxiliar o pesquisador no preenchimento de formulários terá o registro das pesquisas que estão sendo realizadas no hospital**. Quanto a isso, o professor da Pediatria afirma que o problema não é a estrutura de apoio operacional e sim a necessidade **de termos a tradição de pesquisa e investigação**.

Nota-se a partir da observação de um dos professores a dificuldade de se integrar pesquisa e assistência – quando é solicitado um laboratório de apoio à pesquisa, para **que esta não interfira no andamento da rotina do hospital**.

Dentre as análises acerca do quadro o chefe do departamento de Pediatra afirma que existem pessoas que **procuram fazer mestrado ou doutorado apenas para concorrer na carreira universitária e isto não significa investigação e pesquisa e sim resolver o problema pessoal**. Portanto se faz necessário através da universidade, a análise dos pedidos

de doutorado, ou seja, verificar finalidade, quais as linhas do Departamento que comportam tal doutorado, que pesquisas terão continuidade no departamento dentre outras questões.

Nota-se que é partir da década de 90 que o HC avalia seu percurso científico. Tais avaliações corroboram a inferência de que os atendimentos de alta complexidade no hospital e do hospital ser visto como referência até então, eram derivados de decisões de viabilidade financeira por parte de outros hospitais com relação a pacientes de ‘fim de linha’. Essas movimentações trouxeram ao HC e seus professores imperativos de pesquisa. Desses imperativos a necessidade de captação de recursos voltados à pesquisa, daí a confirmação do baixo reconhecimento de órgãos específicos fomentadores de pesquisa no país como CAPES, CNPQ quanto à pesquisa no HC. Professores percebem que precisam então, desenvolver tradição em pesquisa a partir da hierarquização, mais conhecida como **verticalização** da pesquisa. Para tanto, torna-se necessário o planejamento dos diversos departamentos e disciplinas e de maneira articulada à UFPR, inicialmente à Pro-Reitoria de Planejamento.

Quanto aos planos, o professor da Pediatria argumenta que:

“A maioria dos professores têm interesses econômico-financeiros fora do hospital e são eles os responsáveis pela situação do hospital em não desenvolver Centros de Excelência. (...) os planos departamentais são ilusórios (...) como fazer para que os interesses deles estejam voltados somente ao hospital.”

Nota-se que essa é a primeira administração que demonstra interesse por investigação, pesquisa e formação humana, coincidindo com as orientações do Reitor. Destaca-se a dificuldade de se identificar as pesquisas dentro dos diversos departamentos. Até então nenhuma comissão se ocupava da função de fazer registros de pesquisa. Os projetos de pesquisa não passavam por nenhum comitê de ética e de pesquisa. Alguns professores afirmam que no HC não se fazia pesquisa de fato, questionando a validade de pesquisas de alguns professores junto à indústria de fármacos. Essas pesquisas são amplamente questionadas por alguns professores, em especial pelo fato de assumirem conotação mercantilizada da pesquisa.

Em 1991, fica estabelecido então que caberá aos departamentos estimar custos com assistência, ensino e pesquisa.

O reitor solicita via Pro-reitorias de Graduação e RH levantamento da força de trabalho docente, então foi analisado o plano departamental, plano individual e os indicadores

gerenciais e a conclusão é que não traduzem a realidade; argumenta que do global de docentes, 17,3% estão fora da sala de aula.

O Hospital de Clínicas é tido como referência em pesquisa em duas áreas: Transplante de Medula Óssea e Pediatria. Em 1992, a Fundação - mesmo depois do empenho do prof. Cat na divulgação de informações, em especial acerca do CNPQ - continua sendo subterfúgio para despesas com pesquisa, congressos e viagens. O Conselho resolve as delimitações para participações em eventos científicos sugerindo dar prioridade àqueles professores com dedicação exclusiva e aos que têm maior produção científica.

Em termos de práticas cotidianas de pesquisa, as novas condições de relação com o SUS levantam para a necessidade de preservação de prontuários de pacientes, o que tem provocado longas discussões dado a perdas de prontuários ocasionadas pelas pesquisas feitas por professores, alunos, residentes. Discute-se a ética da prática de consulta a prontuários. A Direção de Corpo Clínico alega que Residentes também realizam trabalhos e publicam sem o conhecimento dos departamentos e de disciplinas. Os meios de pesquisa passam também a ser controlados por sistemas externos, no caso, pelas Secretarias: Municipal e Estadual de Saúde.

Em 1995, um dos conselheiros professores destaca que o objetivo mais polêmico do HC é o da pesquisa, pois o HC dá condições, mas não dá estrutura própria aos pesquisadores para que possam desenvolver pesquisa.

A CAPES avalia Mestrado e doutorado em Clínica Cirúrgica considerando “excelente e exuberante a produção discente, com 45 teses defendidas no biênio 92 e 93 (...) entre os melhores na relação com os cursos congêneres (...) mantido o conceito que obtinha desde 86”.

A Jornada Científica do HC, em 1995, conta com 427 temas livres. Mas o tema central é **Trauma e Emergência e Qualidade Total em Saúde**. Nota-se a coincidência para o tema Qualidade, com a consultoria desenvolvida pela FGV no HC, e de maneira mais ampla a explosão do tema Qualidade Total na literatura de Administração no Brasil, confirmando alguns padrões normativos disseminados de maneira bastante ampla entre as diversas áreas do conhecimento.

Recorrentes as informações vindas da chefia do Setor de Transplante de Medula Óssea acerca de publicações de trabalhos do STMO; dentre elas na Revista Blood, 95 em conjunto com demais membros do International Bone Marrow Transplant Registry. As pesquisas no

Serviço de Transplante de Medula Óssea têm como característica a integração entre vários pesquisadores de diversas áreas. Alguns professores de outros departamentos são convidados a 'entrar no HC' via convite do professor chefe da área quando este percebe possibilidade de articulações científicas, confirmados os cursos de Farmácia, Odontologia, Psicologia, Enfermagem. Anos depois, em 11/02/2003 esse professor é eleito membro do comitê executivo do International Bone Marrow Transplantation Registry – IBMTR.

O ano de 1996 marca o início do desenvolvimento das pesquisas no HC por meio de afastamentos de profissionais das mais diversas áreas para a realização de estudos em diferentes locais do mundo. O tempo desses afastamentos compreende entre 1 mês a 2 anos. Os primeiros pedidos foram de profissionais da Endocrinologia e Nefrologia, com destino de estudos, Illinois. Esses afastamentos continuam até o início de 1999. Para se ter uma idéia o afastamento do país de profissionais de todas as áreas com ônus limitado a instituição chegava a 7 solicitações por reunião. A maioria para o exterior, em países como Inglaterra, Japão, EUA, Uruguai.

Enquanto isso no HC 500 prontuários 'desaparecidos' do SAME Serviço de Arquivo e Estatística do Hospital, extraídos pelos departamentos para fins de pesquisa.

Por meio de verbas da CAPES o Coordenador da Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica implanta sistema de telemedicina e transmissão ao vivo no final de 1999.

Outra área que se destaca é a Endocrinologia que inaugura novas instalações – SEMPR - fora da estrutura física do HC com o apoio de autoridades da UFPR bem como de políticos.

A AAHC – Associação Amigos do HC também passa a financiar pesquisas, indicando que algumas áreas ainda não passaram por processos de institucionalização e reconhecimento por parte dos órgãos fomentadores de pesquisa.

Em 2000, o Fundo de Incentivo à Pesquisa – FIDEPS/MEC chama a atenção de hospitais para que sejam avaliadas não apenas a questão assistencial dos hospitais, mas também o seu envolvimento com a pesquisa, a sua estrutura para realização do ensino e a capacitação de seu corpo docente. O Fideps até então não é indicado como fomentador de pesquisa no HC. MEC/MS questionam o HC sobre a participação nas centrais metropolitanas de leito e de marcação de consulta, colocando isso como condição obrigatória para habilitação

ao recebimento do FIDEPS. Na sequência se conversa com a Secretaria Municipal de Saúde sobre o tema e sobre o não credenciamento da Urgência e Emergência no HC e tem como resposta que o gestor (SMS) não tem interesse na totalidade de leitos do HC (8 mil). As demais ficam sobre o gerenciamento do HC visando atender necessidades de ensino e pesquisa. Os departamentos deverão orientar os profissionais a preencherem o formulário de referência e contra-referência de acordo com o interesse do ensino. HC continua negociando o credenciamento a urgência e emergência no sistema da Central de Leitos.

A entrada do sistema Thales para cadastro de projetos em 2000. E em 2001 é estabelecido o Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Consiste num colegiado interdisciplinar independente, com *munus público* de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para **defender os interesses dos sujeitos da pesquisa** na sua integridade e dignidade e, para contribuir no **aprimoramento ético** das pesquisas que lhe forem submetidas. O colegiado é composto de 8 membros das áreas de saúde, sociais e humanas bem como com a participação de pessoas dos dois sexos não devendo haver mais que a metade dos seus membros pertencente à mesma categoria profissional que são eleitos, indicados e finalmente nomeados pelo diretor geral. Anos se passam depois das iniciativas à humanização do atendimento e da relação com os pacientes para então ser instituído esse conselho que visa integridade humana do pesquisado. É a partir dele que se consegue a compilação dos registros de pesquisa em todas as áreas, desde que apresentem seus projetos de pesquisa ao comitê, o que inicialmente não acontece. O que tem fortalecido tais registros são as regras para publicação em canais científicos da área médica. Em 2004, é criado o Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde.

Em 2004 é criada a Direção de Ensino e Pesquisa com a anuência do reitor, visando à interação entre o HC e os cursos e cuidando do relacionamento do hospital com o ensino e a pesquisa, dando assistência não somente à medicina, mas às outras áreas da saúde também. A Direção de Ensino e Pesquisa, tenta desenvolver regimento interno para a área.

Uma professora Nutrição recebe o prêmio John M. Kinney, na categoria nutrição e metabolismo. Melhor tese de doutorado de 2004 em nível internacional.

Em 2006, quando é regularizada a Ficha Amarela Eletrônica, depois de vários atendimentos serem glosados, pela não autorização da Secretaria Municipal de Saúde para tais

internações, o diretor de Ciências da Saúde manifesta sua preocupação com relação essa normativa da SMS, a qual, apesar de ser legítima, poderá **inviabilizar a captação de clientes para a execução de alguns atendimentos ambulatoriais de interesse dos projetos de pesquisa**. Para o referido diretor, deveria haver uma sinalização nos prontuários dos pacientes para facilitar a captação específica daqueles clientes que tenham esse Código de Transação. A diretoria da Assistência intervém no sentido de providenciar uma **proposta separada para contemplar as necessidades da pesquisa, mesmo que não haja ressarcimento adequado das mesmas**. A admissão dos pacientes de interesse da pesquisa será viabilizada pela Coordenação de Atendimento Externo e homologada pelo Comitê de Ética e Pesquisa. **A identificação dos pacientes da pesquisa é primordial porque os exames realizados nos mesmos são ressarcidos pelos laboratórios que estão patrocinando a pesquisa e em hipótese alguma poderão ser cobrados do SUS**. O que poderia colaborar na captação de clientes para pesquisa seria a rotatividade dos pacientes, ou seja, o encaminhamento dos pacientes que podem ser acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde ao seu local de origem e a admissão de novos pacientes. O Chefe do dep. Clínica Médica sugere que seja colocado um selo de identificação nos prontuários dos pacientes de fora do Município de Curitiba para que os mesmos **possam ser devolvidos ao município de origem, visto que não poderão ser captados para a pesquisa devido à distância da sua moradia, o que foi aceito pela direção**. Meses depois pacientes de alta complexidade de fora do Paraná passam a apresentar o Código Nacional de Regulação de Alto Custo para possibilitar os internamentos da SES.

Em 2007 é renovada a Contratualização do HC/MS/SMS, com inclusão do FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa (a primeira contratualização 2004) que delibera sobre a pesquisa e avaliação tecnológica em saúde. Os hospitais de ensino assumem um papel estratégico e relevante para o desenvolvimento do SUS e melhoria da qualidade de vida da população. **É necessária então a formulação de projeto institucional para o desenvolvimento das pesquisas em parcerias com os gestores do SUS (SMS) e o desenvolvimento de tecnologias de saúde e de gestão voltadas para as prioridades dos SUS**.

A composição dos recursos financeiros a serem distribuídos é de:

1. Produção histórica dos últimos 12 meses da média complexidade ajustada às necessidades definidas pelo gestor, daí a necessidade de nova Pactuação (Pacto de Assistência);
2. FIDEPS;
3. Programa interministerial de reforço e manutenção dos HUS no que se refere ao MEC e MS;
4. Incentivos de custeio de forma destacada;
5. Componente com **valor variável conforme cumprimento de metas estabelecidas**. Percentual do custeio fixo como fator de incentivo ao cumprimento das metas e indicadores.

Importante destacar que desde 2004 o Ministério da Saúde tenta incisivamente influenciar diretamente sobre as práticas de ensino e pesquisa. Primeiro via FINEPE, depois via associação de recursos variáveis à condição de pesquisas que estejam em acordo com as demandas do SUS. O dilema: hospital é de alta complexidade e as demandas de pesquisa correspondem à média e baixa complexidade.

4.5.1 Práticas e Estruturas Cognitivas relacionadas à Pesquisa: entre a Indústria Farmacêutica, CAPES e CNPQ

Destaca-se no discurso de agente da área de assistência outra prática da pesquisa no HC. O fato de estar centrada em esforços de indivíduos, não de grupos pesquisa. Um ponto interessante destacado é a conduta estratégica de pesquisadores em diferentes áreas: comparação de dificuldades à negociação entre pesquisadores da área clínica e cirúrgica:

“Tem algumas áreas que são as grandes áreas de pesquisa dentro do hospital, a neurologia, o TMO que são áreas de grande pesquisa. Então normalmente as áreas que tem muita pesquisa, são as áreas mais difíceis. Porque tem os grandes pesquisadores que, eles não estão preocupados se você tem que atender (...) Então as grandes áreas de pesquisa, que são grandes pesquisadores, as áreas grandes, clínicas é que é mais difícil. O cirurgião já é um pouco mais fácil. Porque o cirurgião já tem como característica deles ser mais prático, chega, opera, e resolve. Então o cirurgião já tem essa visão. Então as áreas clínicas do hospital é que é mais difícil.”

Uma prática conhecida na produção científica consiste na pesquisa patrocinada operacionalizada no ensaio de medicações. Os pesquisadores mais ativos captam recursos para a pesquisa básica de suas áreas a partir da indústria de medicamentos. Salienta-se que várias áreas do HC são consideradas nulas em termos de pesquisas.

“Tem áreas que não tem praticamente nenhuma produção acadêmica (...) todos os departamentos, todas as áreas tem pesquisa clínica patrocinada e internacional que é ensaio de medicações novas pesquisas contratadas porque existe a capacidade. Então vem uma coisa que a gente financia, ele vem aqui, contrata a equipe para fazer e faz aqui dentro do hospital. Então pesquisa clínica do tipo ensaio de droga internacional, transplante de medula óssea, tem alguma coisa, tem algumas áreas da maternidade que tem alguma coisa assim, da parte de reprodução, isso vai. Vamos dizer assim que tem áreas que tem a produção científica praticamente nula, porque dependem de recursos que o sistema não os proporciona. E aqueles que não têm recurso, os mais ativos, foram atrás do recurso da pesquisa clínica patrocinada. Aí a gente ganha dinheiro fazendo os ensaios dos medicamentos, e a gente guarda esse dinheirinho e faz pesquisa acadêmica, quase todas as áreas fizeram isso. Quem não fez ficou de mão abanando.”

Em acordo com um professor entrevistado é possível afirmar as pesquisas não são institucionais, mas frutos de pesquisadores que são procurados ou que buscam linhas de financiamento ou patrocínio a pesquisas. Em acordo com esse professor, entre 40% e 45% das pesquisas feitas no HC são patrocinadas pela indústria de fármacos, pesquisadores também percebem vantagens econômicas nessa prática. Note que a regulamentação para pesquisas em seres humanos só acontece na década de 80 e no HC o conselho de ética em pesquisa data 1999. Órgãos fomentadores de pesquisa como Capes e Cnpq financiam os pesquisadores de mestrado, doutorado e pós-doutorado. Nota-se a emissão de críticas constantes a estes pesquisadores, principalmente por não se dedicarem à assistência e ao ensino.

“Você pega um indivíduo e que ele começa a fazer a carreira universitária de formação e centrada na produção científica, de onde ele faz então o seu mestrado, seu doutorado, seu pós doutorado, esse profissional ele se afasta da docência, que ele vai a um detalhamento de formação tão grande das condições sedimentares, tão específica dentro de um contexto e que aquilo passa a ser o grande horizonte dele, mas aquilo não é a prática da formação que você precisa ter. Daí esse docente com relação ao aluno no processo de formação quando o aluno começa a fazer perguntas básicas, ele se sente , vamos dizer entre aspas, menosprezado, porque que eu vou ficar com esse... Eu quero ensinar o aluno da pós-graduação. O outro aspecto é que você tem excelentes pesquisadores científicos, que desenvolvem que gostam disso, que são péssimos assistentes, na área da saúde isso é muito visível.(...) Aí você entra num outro aspecto, que é o aspecto de conflito que você tem entre uma realidade de uma assistência atual

dentro do hospital, e uma realidade da academia que vem numa outra ótica. Se você for buscar as linhas de pesquisa acadêmicas, elas são extremamente conflitantes com as linhas propostas pelo ministério da saúde, com interesse da comunidade. (...) Você vê aquela pesquisa experimental pura, você vê uma pesquisa voltada aos patrocínios internacionais, ela é mais de interesse de uma corporação privada internacional. Econômica. Ou você tem uma pesquisa pura que não reflete na área de interesse que são os tipos de médicos que cumprem um papel, que é fazer o seu mestrado, o seu doutorado, seu pós-doutorado, alguma coisa assim, e aquilo serve para enfeitar uma prateleira. (...) tem um quantitativo significativo em pesquisa patrocinadas, eu acho que talvez dentro das federais, nós estejamos aí no segundo, terceiro lugar, em volume de pesquisas patrocinadas dentro dos hospitais de ensino, aí perca talvez muito mais para a universidade de São Paulo que tem uma produção muito maior que a nossa em nível federal. Só estou pegando as de níveis federais, estaríamos provavelmente em terceira dentro das quarenta e cinco. O nosso comitê de ética e pesquisa, analisa um média de 400 projetos ano, desses pelo menos quarenta e cinco a cinquenta por cento são patrocinados pela indústria de fármacos. (...) Você tem uma responsabilidade, com esse paciente, da manutenção dessa medicação depois que acaba o projeto, o laboratório se responsabiliza pelo fornecimento da medicação enquanto está no projeto, depois normalmente eles tentam viabilizar no mercado e daí a instituição tem que dar. (...) A indústria vem em busca da excelência das pessoas, quer dizer, na realidade você paga o ônus de ter desenvolvido algumas pessoas. Então esses são projetos de altos custos, são de figuras acaba não sendo um projeto institucional, quer dizer na realidade você pode ter o projeto institucional. (...) Felizmente isso, desde a década de oitenta para cá está muito bem regulamentada, pelo conselho nacional de pesquisas em seres humanos. (...) Todo paciente para se submeter ele é esclarecido, ele tem que assinar um termo de consentimento. (...) Quer dizer se você parar para pensar que um pesquisador num projeto ele recebe por essa inclusão, e às vezes recebe bem. Tem um projeto aí que paga mais de mil dólares por inclusão de paciente, vinte pacientes é um dinheiro significativo.”

A operacionalização da pesquisa se dá obrigatoriamente pela entrada do paciente no hospital. Esse procedimento já é todo regulamentado via SUS, o que para muitos, representa limitações em acordo com a área de internação:

“Então eu lembro que anteriormente as internações elas tinham uma enfermeira, e a enfermeira fazia tipo uma triagem um acolhimento para os pacientes. Ele já ia pro andar prontinho, ele ia pro andar de pijaminha... Hoje já não. (...) Então quando ele chega no HC, ele já passou na Unidade Básica de Saúde, é pra ser assim... Aí durante o atendimento, se houve a necessidade eles mandam um laudo para a emissão de AIH. No laudo é preenchido os dados do paciente, o porquê que ele vai interna. Então nesse laudo, todos os residentes em geral, os médicos e os residentes encaminham... Todos passam aqui por nós, na nossa coordenação e nós incluimos no sistema da Secretaria. (...) Mas o que acontece, algumas vezes, que é uma coisa que é meio sem solução, o paciente vai no ambulatório e na avaliação o médico conclui que ele tem que ser internado, aí o pronto atendimento não aceita abrir a tal da ficha amarela, e daí quem abre? (...) eu tenho pacientes que ficam uma eternidade internado, cem, cento e poucos dias. (...) Nós temos um prontuário parado, desde o mês sete, que

se extraviou parte dele, porque é questão de você ter alunos... alguém deve ta com parte desse prontuário e vai saber quem? Já falei com chefe de serviço, mas é muito difícil...Pensa que é só um pedaço de papel...”

Alguns professores de outras áreas da saúde que ocupam cargos de gestão já perceberam e aquiescem as mudanças. Na sequência a narrativa acerca das condutas estratégicas de professores e pesquisadores para tentar ‘driblar’ ou então ‘barganhar’ com sistema de saúde vigente:

“Por exemplo, eu acabei de chegar de um congresso da minha área. Quem pagou a conta? Eu. Porque é... Pro médico ainda é um pouco mais fácil, porque a indústria farmacêutica financia. Mas pros demais profissionais, enfermeiros, fica mais complicado. Eu não tenho um lugar de onde eu tire dinheiro pra fazer isso. (...) alguns feudos que ainda existem é aquela coisa, faz 20 anos que eu trabalho aqui e eu não vou mudar. Outra coisa é a falta de credibilidade na direção. Porque quando uma pessoa não entende como é que a coisa funciona, ela acha que tudo é culpa do diretor, do maior da instituição. (...) o prof. Fulano é assim, ele trabalha com assistência, com pesquisa e tal, ele é um cara que vem aqui e da o sangue pelo hospital. Mas cada vez que ele pensa que a gente tem que se moldar a estrutura do SUS, ele quer morrer.(...) Então assim, são pessoas que às vezes querem fazer pesquisa, e nem sempre a pesquisa encaixa com a assistência. Isso a gente tem. Então um exemplo bem prático. A gente tinha pacientes que vinham pra cá, de Santa Catarina, por que a gente é referência de epilepsia. O que acontece que com o novo modelo de gestão do SUS a gente não pode receber os pacientes de Santa Catarina, porque tem que passar pela Secretaria Municipal. Então pra esse médico foi um horror. Porque antes vinha com uma cartinha, Dr. Fulano estou com um paciente com tal doença, será que o senhor poderia olhar esse paciente pra mim. Ah, manda vir no meu ambulatório. Mas agora o Município tem o controle sobre quem vem, e ele só quer pagar a conta de quem é da responsabilidade dele, que é de Curitiba. Então pra esse professor foi uma porcaria, porque ele tinha paciente que vinha de um monte de lugar e agora ele não pode atender. Então o que ele tem que fazer? Ele tem que negociar junto com a direção, junto com o SUS, com o Município, uma maneira da gente atender. É um toma lá dá cá. Então as pessoas vão ter que aprender a lidar com a negociação. Eu atendo então tantas cefaléias, faço tantas neurocirurgias, e aí você me deixa atender os pacientes de epilepsia. (...) Mas não ta errado, porque antigamente isso aqui era estacionamento de ônibus. Porque sai mais barato comprar um ônibus do que montar uma estrutura de saúde nos municípios. Às vezes ainda tem uns meio parado, meio longe, de vez em quando a gente passa e fala... Opa, esse achou uma brecha. (...) Agora por exemplo, se o médico recebe uma cartinha, olha o paciente, eu não consigo da um diagnostico e tal, posso encaminhar? Ta encaminha. Aí chega, ele ‘emergencia’ o caso, então ele coloca lá que a pessoa ta com hemorragia, então ele emergência de alguma forma. Ele da um jeitinho. Agora se ele precisar de um exame de alto custo. Daí eu não consigo fazer, porque pra fazer um exame de alto custo eu preciso de uma autorização prévia da Secretaria, aí se eu for mandar pra Secretaria, se for emergência, eu vou fazer, mas tem que ta caracterizada a emergência, porque a hora que o auditor for adita esse prontuário, ele vai perceber que foi emergenciado o caso. (...) E isso na pesquisa, na

academia, às vezes é importante. Antigamente...Tá eu preciso fazer pra dissertação de um orientando, aí eu preciso de tantas tuberculoses. Essas tuberculoses tem que vir de algum lugar. Aí se eles passam pro Brasil inteiro, oh eu to atendendo tuberculose. Vem o Brasil inteiro pra cá... o estacionamento de ônibus que eu falei... Então Tem teoricamente uma perda pro ensino e pra pesquisa. Mas como você vai manter o ensino e a pesquisa? Não é com o dinheiro que vem da assistência? Então você tem que se aceitar e tentar negociar com o gestor, as exceções. Olha, e essa negociação pode ser de várias formas... Vocês me deixam atender o hospital e em contrapartida eu dou um curso pros médicos de vocês das unidades de saúde básica. É uma troca. É ensino, é pesquisa é extensão, e não pesa pro cara aqui. Só que precisa a Secretaria aceitar.”

A direção geral também ocupada por professor evidencia que tardiamente as pesquisas no HC passam a ser controladas por alguns mecanismos, como o Comitê de Ética em Pesquisa que tem como princípios para aprovação: humanização, viabilidade financeira e continuidade do estudo. Para este professor, a pesquisa patrocinada pela indústria de medicamentos ‘não é pesquisa’, é ‘teste de medicamentos’. A estrutura cognitiva deste para o que seja pesquisa é diferenciada. Expõem-se também outros mecanismos de barganha dos pesquisadores frente seus interesses de pesquisa, na maioria das vezes desencadeado de maneira individualizada.

“Veja bem, o nosso pesquisador, nós procuramos também trabalhar nisso. O hospital não financia pesquisa. O nosso pesquisador ele busca recurso para pesquisa por conta própria. E a primeira dificuldade foi saber o que os caras faziam aqui dentro. E eles faziam o que bem entendiam. E hoje o nosso Comitê de ética e de pesquisa de recursos humanos analisa e qualquer pesquisa que se faça aqui dentro obrigatoriamente tem que passar pelo nosso Comitê de ética e daí nós ficamos sabendo o que ta acontecendo na casa. (...) o Comitê de ética literalmente ele pode não aprovar. Por exemplo, se não tem o financiamento adequado. Se vai fazer aqui no hospital mas não tem alguém que pague isso aqui. Se o projeto não ta claro. Se o projeto não prevê o tratamento humanizado para o paciente. Qual seguimento que você vai dar para o paciente aqui no hospital? Sobre o tipo de pesquisas... sabe então você tem um grupo que chama de pesquisa, eu tenho um nome diferente pra isso... que é teste de medicamentos...pra mim não tem pesquisa aquilo lá, que o governo fica com boa parte disso daí, mas que não deixa de ser uma fórmula eventualmente. (...) Olha então nós vamos estudar daqui pra frente doenças neuro muscular, então tudo que aparecer daqui pra frente de doença neuro muscular vocês mandem pra gente. Então são os principais projetos, alguns com técnicas comparativas, então tem uma cirurgia A comparando com a cirurgia B, e não tem financiamento pra tanto, então os professores resolvem testar, vamos fazer cinqüenta cirurgias de um tipo, cinqüenta de outro e vamos ver qual das duas depois d depois anos teve um resultado melhor que a outra. Então recebem teses, dissertação de mestrados em geral, tem partido disso aqui. E tem algumas que trabalham em conjunto com pesquisa básica, utilizando animais de experimentação muitas vezes, fazem com o biotermino, utilizam muitas vezes o biotermino da Universidade...”

Para a direção de Ensino e Pesquisa a estrutura cogtiva a pesquisa ‘patrocinada’ não é pesquisa, e os números dessa direção se apresentam diferentes dos apresentados por outro professor. Para a direção de Ensino e Pesquisa apenas 10% e 15% das pesquisas desenvolvidas no HC são pesquisas de fato. As pesquisas patrocinadas geram alguns impasses com o sistema de saúde na medida em que medicamentos e equipamentos começam a ser empregados sem a aprovação de órgãos reguladores. Também são apresentadas outras formas de operacionalização das pesquisas no HC, que continuam sendo individualizadas. Destaca-se para o fato de o controle sobre as pesquisas ainda ser considerado ‘caótico’ pela direção de ensino e pesquisa. Órgãos como CAPES e CNPQ para a maioria dos entrevistados concedem legitimidade e caráter de pesquisa no HC.

“A área da pesquisa tem uma outra situação aí que é assim mudou muito nos últimos anos, pelo menos nos últimos seis sete anos, mudou muito a questão da pesquisa no país. Até então quando se falava em pesquisa era uma iniciativa de algumas pessoas do hospital, ou por que naturalmente queriam fazer isso, ou porque tinha seus vínculos de pós-graduação. Então eram pesquisas vinculadas aos cursos de pós-graduação que não são do hospital, são do setor de ciências da saúde de saúde né, seus respectivos departamentos de ensino que muitos deles estão fisicamente situados dentro do hospital. Os trabalhos de pesquisa dessas aí de pós-graduação, monografias, teses, dissertações é tudo feito lá por cima, é tudo financiado lá por cima, era tudo por conta do próprio pesquisador não tem um esquema assim. Quando eles faziam pesquisas que envolviam, por exemplo, participação de doentes, análises de determinados elementos do sangue, estudos envolvendo radiologia alguma coisa assim, eles usavam a linha da assistência, algumas vezes era o que se fazia na assistência era aproveitar, para poder ver se acrescentar alguma coisa a mais e acabava o hospital financiando e não tinha muito como controlar isso. Com as novas regulamentações do conselho nacional de saúde, com pesquisa em ser humano, nos últimos 10 anos, mudou, o estabelecimento aqui do comércio, e aí o hospital há 10 anos implantou seu comitê de ética e pesquisa em saúde e tal, daí o hospital começou com as chamadas pesquisas patrocinadas, que são pesquisa clínicas que tem um financiamento de um patrocinador, na maioria privado da indústria farmacêutica, com protocolos e estudos internacionais, e aí esse tipo de coisa tem financiamento, só que eles são mais rápidos do que a gente. Essa coisa veio em uma avalanche e o hospital não, e a gente não se preparou, não se desenvolveu para dar conta disso. Elas estão acontecendo mas estão meio caóticas, estão com uma instabilidade muito grande. Há um ano que a gente está trabalhando na constituição de um núcleo gestor de pesquisa e apoio ao pesquisador pra ser vinculado para fazer a gestão de todas as pesquisas, as patrocinadas e as não patrocinadas. (...) A grande maioria dessas pesquisas, que são ditas pesquisas clínicas e que tem patrocínio, o laboratório, o patrocinador busca diretamente o pesquisador, não busca a instituição. Então ele vem, ele me procura, me faz uma proposta, me encaminha um protocolo de estudo, eu analiso e tal, eu achei que tenho condições, e aí tem todo um procedimento burocrático. (...) Na realidade não é o hospital, na realidade eu pesquisador estou fazendo um estudo que eu, que cá entre nós também não é pesquisa, que cá entre nós é

prestação de serviços. De fato isso aí não é pesquisa. É uma prestação de serviços, você está me contratando pra eu juntar um determinado tipo de grupos de pacientes, com determinadas situações com protocolos pré-definidos. Fazer isso, isso, isso preencher relatório, e mandar pra vocês isso não é pesquisa. Isso é publicado como resultado grande de estudos. E dizendo lá que uma das instituições onde foi desenvolvido o estudo foi o hospital de clínicas. Isso é uma coisa interessante é interessante por que; primeiro porque isso dá projeção pra instituição, por mais que tenha uma aspecto comercial, no meio desse negócio, tem todo um protocolo com toda uma garantia de uma qualidade ética (...) Pesquisa pra mim seria você fazer uma pergunta em laboratório buscar uma resposta. Ou pesquisa é, eu procurar desenvolver num laboratório ou em qualquer outro lugar uma nova técnica, ou pesquisa experimental, pegar ratinho, injetar não sei o que, cortar não sei o que implantar alguma coisa e ver o que acontece. Essas pesquisas assim, pesquisas propriamente ditas, elas são em menor número, elas são mais restritas aos cursos de pós-graduação. Nós temos alguns pesquisadores, que são pesquisadores do CNPQ, que fazem a coisas não patrocinadas que são altos estudos as vezes até com colaboração internacional, como o pessoal do TMO, como pessoal da neurologia, doenças neuro-musculares e tal, mas no contingente, no volume total daquilo que se chama de pesquisa no hospital, isso é, acho que 10 por cento, 15 por cento no total. (...) lá tem uma área de pós-graduação forte, o departamento de pediatria, o departamento de cirurgia. Nos outros departamentos isso é um pouco menor, na própria ginecologia, oftalmologia é um pouco menor. (...) E aí tem um outro ponto que é o quarto do quadrado que embaralha um pouquinho tudo isso aí, que é por onde entra a pesquisa, por onde entra a capacitação do sistema único de saúde. O hospital está colocado no sistema único de saúde não apenas como um lugar de referência, não apenas como um lugar de referência da assistência. Ele está colocado numa posição que ele tem que fazer capacitação, formação de pessoas, o sistema único de saúde, e tem que fazer assessoria ou consultoria do sistema único de saúde em relação à tecnologia. Então, vocês estão acompanhando nos últimos anos a briga da secretaria de saúde e essas organizações aí, por conta de remédios que os médicos estão prescrevendo e que não estão no protocolo, que custam caro, que a secretaria não dá que o governador mandou não dar, aí vai pra justiça, aquelas coisas todas. O que acontece, lançam um determinado medicamento, ou lançam uma determinada técnica, alguém estuda uma outra técnica cirúrgica, um implante de algum outro troço, e pelo artigo 153 da Constituição, o estado tem que dar, mas quem validou aquilo, quem disse que aquela técnica é a melhor, é a opinião de um cara, quem disse que aquele remédio é o melhor, então alguém tem que desempatar esse jogo. E dentro da organização do sistema público único de saúde, é colocado o hospital universitário para fazer isso. Só que o nosso povo aqui é daquele tempo que o dinheiro vinha de Brasília, gasta, faz o que quer.”

Desde os primeiros tempos de HC que são emitidas críticas e reprimendas à indústria de fármacos. Os impedimentos de propaganda, manuais de aluno contendo doutrinações acerca da relação distante que se deve ter com essa indústria o que contracenam com números crescentes dessa mesma indústria financiando, patrocinando pesquisas, viagens, congressos via professores que garimpam individualmente por recursos para financiar pesquisas tais

pesquisas – se são pesquisas, ou relatórios, testes. Alguns agentes do HC percebem os resultados da presença da indústria farmacêutica repercutindo no sistema de abastecimento do hospital:

“A gente não tem muita entrada de fornecedores, tem um grupo de fornecedores, tem aqueles oportunistas que vez ou outra vem, mas normalmente você sabe o grupo... Acho que... Não sei se eles formam um cartel ou eles loteiam os órgãos públicos, não sei, acho que se as pessoas chegassem a um nível de pesquisa e ver quem vende para os órgãos públicos, acredito que talvez chegassem à conclusão que teria alguns poucos... Mas acho que também é a questão financeira, porque o órgão público por tradição, o em dia que ele paga é de 60, 90 dias... Então você tem que dispor de um capital pra você suportar esse atraso... (...) o que a gente observa o que eu vi ao longo dos anos... Com medicamentos também, existe um forte interesse das indústrias dentro das instituições escolares, principalmente dentro do hospital universitário onde ela dissemina, e o médico sai daqui com aquela marca na cabeça né... (risos). Então, eles realmente, eles fazem um trabalho bem forte... Eles... Vem representante, ele da brinde, da caneta... Da tudo que precisar pra todos... financia as pesquisas, apesar de que as pesquisas, as pesquisas já uma outra situação, mas de certa forma né, financia as pesquisas, congressos, a passagem do médico pra outros que ele tenha interesse... Então é bem focado, realmente é uma questão bem comercial, puramente comercial mesmo. Não muda muito... Quer dizer assim... Ah, nos temos uma ética. Sei. Mas é assim... na hora de vender eles atacam como todo mundo ataca... Então ele tem esse lado também... mesmo assim também eles ganham com isso, mesmo esses 90 dias eu duvido que não esteja embutido no preço deles... Tanto que quando entra aí um genérico... Aí é um problema porque daí eles vem com aquela campanha... Não porque isso não presta, porque não sei o que...e o médico... É aquela questão ética do médico, que se ele receita aquele tem que ser aquele, e que aquele é o bom...”

Infere-se que não existe uma única estrutura cognitiva acerca do que seja uma pesquisa de fato. As relações com a indústria farmacêutica no HC despertam polêmicas, contradições e conflitos entre professores pesquisadores. Tais dilemas em torno das pesquisas concentram-se no fato de a pesquisa patrocinada proporcionar à sociedade algum benefício quando medicamentos têm efetividade na cura apesar de algumas descobertas serem ‘caras’ para pacientes e para o sistema. Para se ter uma idéia um medicamento para o tratamento de câncer chega a representar 60% do montante comprado em medicamentos para todo o hospital. Nota-se também que não se tem números precisos acerca das proporções das pesquisas patrocinadas: para alguns professores do comitê que centraliza essas pesquisas representam até 45% do total de pesquisas realizadas no HC. Para a direção de ensino e pesquisa esse percentual chega a 85%. É consenso que as pesquisas no HC resultam de iniciativas individuais. O Transplante de Medula Óssea e a Neurologia se apresentam como áreas que já têm pesquisa institucionalizada nos serviços, mas ainda estão centrados em 1, 2

ou no máximo 3 professores. Órgãos fomentadores de pesquisa como CAPES e CNPQ estão concentrados em bolsas de mestrado, doutorado e pós-doutorado. Destaca-se o fato de serem, ainda na década de 90 pouco conhecidas entre os professores, a ponto de um dos professores, o professor da Pediatria ser um dos pesquisadores mais bem informados acerca desses órgãos; mais de dois anos de luta na difusão de informações com resultados ainda pouco representativos quanto à captação de recursos por órgãos fomentadores reconhecidos. Paradoxalmente, as **iniciativas individuais** parecem ser reconhecidas no HC. A prática do Reconhecimento, do Louvor, das Homenagens por esforços de Indivíduos é evidente.

4.7. O RECONHECIMENTO FORMAL DE INDIVÍDUOS

A prática do reconhecimento a indivíduos é difundida no hospital. Vários são os mecanismos, placas, citações em atas, confraternizações, galerias de quadros, louvores. Os motivos são diversos, posições atingidas na carreira profissional, contribuições, doações, livros pela dedicação, pelo tempo de dedicação. Na maioria, profissionais médicos e políticos. O lugar de homenagens, a sala do Conselho de Administração do Hospital de Clínicas.

A primeira delas acontece como o prof. João Vieira de Alencar era presidente do conselho de administração da época na época.

“com emoção e alevantado carinho, louvo o espírito universitário do prof. Atlândido (Dir. Corpo Clínico até início de 71, direcionado a Clínica Médica), seja pelas muitas atitudes dignas assumidas no passado como principalmente pela sua excelente e exemplar conduta a frente do espinhoso cargo de chefe do Corpo Clínico do HC, destaco inclusive que não tivesse sido a reiterada insistência do abnegado mestre naquela destacada posição seria tranqüila e até impositiva”. Em lugar do Prof. Dr. Atlândido, Prof. Dr. Eugênio da Silva Lopes assume a direção a Direção do Corpo Clínico do HC.

No plenário da reunião o prof. Atlândido Borba (diretor da Faculdade de Medicina) e presidente do Conselho de Administração, ressalta que a “afinidade e perfeita identificação de propósitos existentes entre os órgãos do planejamento e fiscalização e o executivo do HC ofereceu agora um penhor de garantia para a crescente prosperidade do setor médico na nossa universidade”. Outras homenagens seguem:

- Prof. Alcides Marques de Faria – agraciado pelo Conselho pelo seu jubileu.
- Prof. Alberti Veiga - Votos de Louvor pela qualidade da reunião na ABEM.
- Prof. Accioly – Louvor pelos 10 anos de direção do HC em 1983.

Em outubro de 1986, é instalada a Galeria de ex-diretores, proposta pelo prof. Ricardo Akel, também diretor geral do hospital. Fora do HC é instituído o Diploma de Mérito Ético-Profissional foi instituído pela Resolução CRMPR n.º 017/86, tendo como objetivo a homenagem aos médicos que tenham completado 50 anos ininterruptos de atividade sem sanção ético-profissional e com relevante e exemplar conduta médica. Essa homenagem sempre é feita no mês de outubro.

Em 1987 o Diretor Geral, Prof Akel propõe a criação de “Medalha do Mérito do HC da UFPR” às pessoas que prestam contribuições **particularmente** relevantes ao hospital. Alguns nomes foram levantados como:

- Prof. João Átila Rocha – diretor geral do hospital e em 1995 tem rua denominada com seu nome, na gestão de Rafael Greca.
- Gov. João Elísio Ferraz de Campos, que doou 650 mil cruzeiros para recuperação externa e mais de 9 milhões para equipamentos ao serviço de transplante de medula óssea. **É o primeiro governador do estado a fazer doações.**

As regras para tais homenagens consistem na exigência de que **indicações devem ser feitas por um conselheiro** (Diretor ou Chefes de Departamento), com justificativa, tendo votação. João Átila e Milton Amaral são os primeiros a receber homenagem.

No aniversário de 25 anos do hospital, e de 75 anos da UFPR é feita **homenagem às esposas dos ex-diretores do HC**. Uma fita na porta da sala do conselho inaugura a Galeria dos Ex-diretores.

Para se ter uma idéia da importância das homenagens destaca-se trecho de carta encaminhada em 1989 por professor que se aposenta e encaminha carta ao Conselho de Administração do HC:

“Amigos até há pouco, pretendia afastar-me da universidade quando atingisse a idade limite. Não por apego ao cargo, mas pela intenção de servir, julgando-me útil à Instituição. E fascina-me o mister, agrada-me a convivência dentro do hospital, vendo enfermos, orientando os jovens, estudando, trabalhando. Os rumos atuais da Universidade contudo, me fazem mudar de conduta! Não tendo queixas pessoais, não guardo ressentimento, não condeno. Mas, cada vez mais, sente-se no clima universitário o predomínio do populismo, a carência da hierarquia. (...) **Declino penhoradamente, de qualquer honraria que eventualmente me coubesse na Instituição, e rogo que toda a homenagem, que qualquer cabível registro de meu nome no metal, somente venham a ser feitas, se for o caso, após minha passagem a outra vida, para a possível lembrança de meus pósteros.** (11/10/89)

Nota-se a aí a discordância com as definições de assistência para o momento, bem como a necessidade de se preservar as relações hierárquicas - tão defendidas pelo referido professor. Nessa época outro professor também pede exoneração do cargo de Diretor Técnico,

pretende voltar às atividades de docência, depois de várias solicitações. O apelo é dramático na medida em que estampa a recusa de homenagem em vida dado o desagrado.

Em abril de 1990 o Ministro Alcení Guerra recebe Comenda do Mérito do HC como ex-aluno e ex-residente do HC.

No final de 1994 falece Dr. Luiz Fernando Cajado de Oliveira Braga com Neoplasia e recebe homenagem. Em 1995 o prof. José Carlos Ross, também é lembrado.

Em 1997 na cerimônia da Galeria de Quadros de ex-diretores o prof. José Sória prestou homenagem ao Prof. Mario Sergio Júlio Cerci, pela gestão como diretor entre 26/08/94 – 30/03/97, destacando o companheirismo, lealdade e dedicação para com o HC, também lamentando as circunstâncias de seu afastamento, não registradas, não comentadas. Para alguns foi repentinamente exonerado pelo reitor, prof. Faria. Mais tarde o professor Sobânia também é homenageado por dirigir a Secretaria de Estado da Saúde.

Homenagem aos deputados que compõem o grupo A.N.J.O.S e os responsáveis pelas emendas orçamentárias dentre as inúmeras empreitadas do dirigentes do HC na captação de recursos.

Homenagem ao centenário do nascimento do primeiro diretor geral do HC – Prof. Milton de Macedo Munhoz. Sugerido pelos familiares. É também fundador da Associação Médica do Paraná.

O caráter personalísta também é visível nas páginas de alguns departamentos, serviços e disciplinas. Como exemplo a disciplina de Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia. Parece ser prática recorrente e associada a esse grupo de profissionais. Aspectos como conduta, moral, expressão do serviço na sociedade e nas áreas parecem ser marcantes. Outro aspecto se refere à lembrança dos primeiros atores dentro das áreas. Acerca das homenagens relacionadas às doações destaca-se o reconhecimento por agentes internos e externos que auxiliam na captação de recursos alocativos ao hospital de clínicas, considerando o fato de ser lidar com constantes crises, racionamentos, falência...que no capítulo seguinte são expostos.

4.8. CRISE FINANCEIRA E OPERACIONAL: UMA CONSTANTE

A economia de energia elétrica consistiu no primeiro tema de racionamento, racionalização no HC. Tais discussões também se arrastaram pelo tempo - decorrentes de dificuldades financeiras que jamais se apagaram.

Para se ter uma idéia a Redução de verbas da reitoria em 1963 foi de 10.209 milhões de cruzeiros. Na 82ª reunião do conselho de administração é travada uma batalha da direção com a Reitoria frente às exigências orçamentárias. **“Não vê o conselho possibilidade de sobrevivência com tal redução.”**

Em 1967, com o FUNRURAL agentes do HC percebem a necessidade de aumentar progressivamente a capacidade de internações, considerando que a Dotação Orçamentária à época se apresentava interessante. (Ata de 03/08/1967). Daí parte-se a necessidade de se desenvolver uma tabela para procedimentos a ser cobrada em casos de internação de pacientes de recursos adequados.

Na década de 70 problemas relacionados a não substituição de funcionários demissionários por parte do MEC são enfrentados. O Fundo de Reserva dá conta de lidar com essas contratações. A Folha de Pagamento apresenta uma série de discrepâncias no que se refere a pgto de servidores que recém pelo Fundo de Emergência do HC (mesmo Fundo de Reserva) – foram 10 ajustes que com a indicação de pessoas visando: aumento (otorrino, nefrologia, R\$ 600); note diferenças entre auxiliar \$85 e um diretor R\$ 912 e plantonistas.

O não pagamento das dívidas com a SANEPAR acontece entre 68 até 72. Agentes tentam isenção. Sem êxito. Tenta-se perfurar poços artesianos do HC.

Os pedidos de aumento de verba junto à reitoria para o Ministério de Educação e Cultura continuam em 1974 com tons de ameaça a suspensão de internação:

“O Hospital de Clínicas na situação em que se encontra apesar da diminuição de leitos já realizada não terá condições para prosseguir no atendimento dos pacientes devendo suspender a internação a partir do início de maio (...) lhe faltam recursos desde produtos de limpeza até antibióticos (...) o HC está em **penúria** (...) fornecedores não estão interessados em vender ao hospital porque não estamos pagando as nossas contas (...) o ideal maior de possibilitar a continuidade de atendimento aos desvalidos enfermos e das programações do ensino das ciências médicas”.

Nota-se aí constante discurso com apelo à tragédia, dos impactos sociais derivados das carências financeiras do HC.

Um dos professores do conselho, afirma que enquanto ficar o HC na dependência de outros órgãos sempre serão difíceis as soluções desejadas (equipamentos, medicamentos). A solução mais viável seria a sua independência sobre outra forma jurídica, como uma fundação. Destaca-se que essa tentativa acompanha o HC até 2008. O referido professor alega que os departamentos deveriam ser fortes e estruturados não fugindo ao objetivo máximo que é o **ensino**, e que transformar o HC em hospital de **atendimento** viria de encontro e deturpando o objetivo máximo. É em 1976 que o dilema entre **ensino e assistência se instala**. A pesquisa ainda não aparece.

Nessa época o diretor geral do HC manifesta o descontentamento com o fato de **perder muito tempo procurando os métodos para obtenção de recursos**. Acha que deve ser estimulada a qualidade dos serviços e o *status* que o HC representa para todos, mas ‘desgraçadamente’ houve um aumento considerável nos custos de remédios, alimentos dentre outros. Não se sabe o que se tem de recursos para o próximo mês; e a impossibilidade de se realizar grandes compras com o barateamento dos custos. Na sequência um trecho extraído da ata de uma reunião em agosto de 1976, demonstrando insatisfação do professores com relação ao descaso do MEC, a insistência na Fundação como formato jurídico vantajoso aliado ao difícil relacionamento com a reitoria:

“A UTI e as reformas do quarto andar, foram construídas com a verba suplementar específica não havendo portanto pulverização de recursos existentes. Afirma que a cúpula (MEC) da qual depende é **muito insensível** aos aspectos delicados sempre que apresentados. Informa que tem se preocupado com a transformação do HC no aspecto jurídico, como **fundação**, que parece ser o mais apropriado, mas em contato com o diretor do DAU-MEC este afirma não ser solução essa transformação. (...). Procura-se com força total uma solução definitiva. Em 73 já se havia tentado com o reitor mas a documentação **não saiu do gabinete** do mesmo.”

As receitas em 1979 chegam a 65 milhões de cruzeiros. As Despesas somam 90 milhões. Surgem as primeiras veiculações da situação financeira do HC na mídia a partir de fala do **reitor**. Chefes de Departamentos, professores e direção do HC propõem desativar todos os setores ao invés de um, para **fazer pressão**. Já se tem 500 pessoas funcionárias no HC. Médicos com contratos vinculados aos convênios. A **suspensão do ensino** na área médica e de enfermagem é pensada. Agentes sugerem como alternativa, a criação de outros

andares parecidos com o modelo do 4º andar (pacientes particulares tema exposto em outro capítulo), que é auto-sustentável. O andar escolhido é o 12º, com a transferência da disciplina de Nefrologia. Reduzir gastos com pacientes. Utilização de medicamentos da linha CEME.

Para receber os honorários é preciso abrir uma associação de docentes, independente dos departamentos. O Funrural deposita na Associação Médica 25% de honorários, embora professores não acreditem na validade desse ato, o que culmina nas discussões em torno da Fundação da UFPR (atual Funpar). Nota-se que o fato gerador das interações com a Funpar tem origem na distribuição de honorários, diante de discordâncias com a Associação Médica.

A Distribuição de honorários configura em percentuais:

Clínica Médica – 21,92

Dep. Cirurgia – 32,11

Dep. Tocoginecologia – 12,51

Saúde comunitária – 11,53

Pediatria – 11,53

Emergência – 4,4

Diante de tais dificuldades financeiras constantes, o professor do departamento de Pediatria sugere a **contratação de uma pessoa estranha ao HC** para que fizesse um estudo detalhado das despesas propondo diminuição. Essa proposição demarca a abertura para muitos profissionais e empresas do campo da Administração em especial para a realização de estudos que visam a gestão do HC com forte viés econômico-financeiro.

Em 1980 são iniciadas as relações entre a Fundação da UFPR com o HC. A finalidade estabelecida se dá acerca do uso da Fundação para utilizar os recursos do HC advindos dos convênios com INAMPS E FUNRURAL. Essa relação teve seu início cercado de dúvidas e salvaguardas: ‘só seria aceitável com garantia de salvaguardas que tranquilizassem o conselho quanto ao retorno do dinheiro ao mesmo e que a gerência de tais recursos seria efetuada exclusivamente pela Direção do HC’. Foram estabelecidos quatro “Termos de Ajustes” entre HC e Fundação em quatro frentes:

1. Seção de farmácia;

2. Seção de emergência;
3. Unidade médico-cirúrgica (4º andar);
4. Unidade de terapia intensiva – UTI.

A Fundação, a partir do início da década de 80 passa a “gerenciar essas áreas e dentro de um planejamento já estabelecido pela direção do hospital **a pagar todo o grupo de funcionários necessários ao mesmo que serão vinculados nestas quatro áreas**. Dá-se início a uma das relações mais complicadas do ponto de vista político-legal no HC. A Fundação recebe os recursos dos convênios e os repassa ao HC, que então passa a utilizar desses recursos para suprir em especial os recursos humanos – funcionários, considerando o fato de o MEC não dispor de abertura de vagas para a contratação de concursados.

Em setembro de 1982 são articuladas novas discussões e propostas de suspensão de atendimento no hospital. Os argumentos recaem sob a falta recursos financeiros e humanos. Em 1983, essas condições se agravam com a ‘maxi-desvalorização’ do Cruzeiro e déficits financeiros.

Para se ter uma idéia da crise, em 1983 tenta-se reincorporar da maternidade Vitor F. Amaral ao patrimônio da UFPR, concedendo espaço ao estágio de estudantes da Faculdade da Católica. Os problemas financeiros são apontados como **limitadores à vontade do conselho de assumir o compromisso proveniente da reincorporação**. A maternidade continua fora do controle do HC. Em meio a esses eventos a greve dos funcionários públicos perdura 21 dias. Fala-se novamente em fechamento do HC. Os **residentes** são apontados como líderes da greve pois até então o sindicato dos funcionários do HC não estava estabelecido. O contexto econômico está longe de ser favorável e a inflação atinge 177% em produtos médico-hospitalares, enquanto que o reajuste do convênio entre HC e Previdência é de 33%.

Em decorrência das condições de sustentabilidade econômica, abandono declarado do MEC, os professores, diretores e chefes propõem uma **Economia Geral**. Dentre as medidas:

- Evitar casos (pacientes) de alto gasto como quimioterapia, medicina nuclear.
- Agilizar o índice de rotatividade.

A partir dessas medidas é possível perceber que ainda em 1984 departamentos e professores tinham condições de deliberar sobre os casos a serem atendidos, definir o tempo médio de internações, mesmo diante de parâmetros já estabelecidos para os diferentes tipos de atendimento, o que era justificado pelas finalidades de **ensino e pesquisa**.

No HC, é comum os dirigentes fazerem expedições em outros centros de atendimento em nível nacional e internacional. No retorno de uma das visitas a diversos hospitais conclui:

“O problema do nosso HC é “logístico” “**gigantismo administrativo**” hospitais-escola estão dando lucro. Que o ambiente comportamental do funcionalismo está péssimo; que a **Farmácia e Nutrição** necessitam de intervenções urgentes para reduzir custos.” (10/1983).

Além desses fatores, a gestão da denominada Associação (ou Fundação?) começa a ser questionada. A direção do hospital em companhia do conselho de administração contrata um **contador para auditar as contas da associação** com a alegação do Diretor Geral do HC da existência de um desvio de caixa que está próximo de Cr\$ 14 milhões. A argumentação é de que incentivo e estrutura eficaz estimulam a participação dos médicos no HC.

Em 1984, grevistas culpam o Diretor Geral do HC por interromper as atividades. Professores, funcionários e médicos residentes fizeram simbolicamente o ‘**enterro em praça pública**’. Tal fato confirma desarticulação entre a direção do hospital e demais agentes importantes do hospital. As gestão financeira do hospital passa a ter relevância nas rotinas do hospital em todas as esferas de ensino e assistência. Nota-se ainda fraca presença da pesquisa.

A partir desse movimento enquanto o conselho de administração tenta articulações para fortalecer o Setor de Ciências da Saúde nos encaminhamentos do hospital os funcionários elaboram um documento denominado “Que Viva o HC”. Dentre as reivindicações: **30 horas de jornada, melhor política de recursos humanos, troca de chefias**. Na época uma funcionária Silvia Piazzetta discorre sobre a maneira como é feito o atendimento no hospital alertando para a necessidade de melhorias apoiada num trecho de um livro: “**o doente - a razão de ser do hospital**”. Esse fato demarca o envolvimento dos funcionários com a direção do hospital. Salienta-se que esses funcionários correspondem em especial aos contratados pela Fundação. Essa tentativa de diálogo expressa a intenção dos funcionários de ter representatividade ‘cadeira na mesa’ do conselho de administração do HC. Alguns professores do conselho manifestam oposição, como o prof. Mocelim, quando afirma que **se os funcionários participarem do conselho, estudantes e médicos também reivindicariam**. Como prática, nova comissão é criada para discutir a abertura do conselho de administração pelos funcionários. Ressalta-se que a participação no conselho de

administração do HC constitui-se até o momento numa das principais fontes de recursos alocativos e autoritários, considerando o fato de tal conselho deliberar ‘sobre tudo e sobre todos’. Dessa maneira, algumas tentativas de impedir a participação não apenas de funcionários, mas de médicos e estudantes põem alguns dirigentes em conduta estratégica de alerta.

Em 1985 novos enfrentamentos alguns professores quem é admitido no hospital deve estar vinculado ao ensino e à universidade porque veio para isso, não podendo ter uma liberdade de ação, porque o hospital universitário tem uma hierarquização. As reivindicações de reajustes continuam no contexto da universidade, em especial entre os funcionários contratados pela Fundação. Dentre as principais tentativas está a **equiparação** entre funcionários da UFPR e da Fundação, bem como equiparações entre o setor público e privado. Alguns dirigentes e professores do HC percebem tais reivindicações como **legítimas, mas financeiramente inviáveis**. O medo recai sobre a sustentabilidade das relações entre essas duas classes de funcionários, que atuam nos mesmos espaços. Tanto os diretores do HC quanto os chefes de Departamento e Coordenadores de curso percebem essas necessidades. Várias tentativas para contratação via MEC/Reitoria foram empregadas no percurso administrativo da direção do HC.

Em meio às dificuldades os **mecanismos de comunicação** passam a ser considerados como relevantes na medida em que expõem os **benefícios do HC à sociedade**. O interesse consiste na divulgação “**das boas coisas**” do hospital. Daí a importância dos números. As relações com a sociedade não estão desenvolvidas e a necessidade disso é decorrente da conduta estratégica de agentes para captação de recursos.

As funções das relações entre HC e Fundação se ampliam no final de 1985 quando um contrato é celebrado entre UFPR e a Fundação da UFPR para o desenvolvimento da ciência da tecnologia e da cultura.

A travessia do ano seguinte é marcada pela continuidade das discussões sobre falta de recursos, bem como problemas específicos de gestão como: o controle de almoxarifado; equiparação salarial de plantonistas. Saldos são verificados e comunicados, demonstrando crescimento acelerado do hospital de clínicas em termos de **assistência**:

Saldo em 01/1985 – 3 bilhões de cruzeiros

Em 01/1986 – 5 bilhões de cruzeiros mês

O HC recebe 17 milhões de cruzados do Ministério da Educação pelo CEDATE para equipamentos e restauração. Para reformas prediais recebe ajuda do governo do estado. **A busca por recursos pouco regulares e bastante pontuais se manifesta como prática regular no HC – a prática de ‘passar o pires’.** Diversas são as fontes de recursos financeiros. Daí a importância da capacidade de articulação da direção geral do HC com entidades e órgãos das diferentes esferas públicas e privadas. Além de membros da direção, alguns professores, chefes de departamento também lançam mão de sua capacidade de agência para captar recursos financeiros e materiais para suas áreas, como é o caso do Serviço de Transplante de Medula Óssea.

Em setembro de 1986 o Ministro Jatene põe em discussão as possibilidades e impossibilidades de se transformar Hospitais Universitários em Fundações, intensificando as limitações à Fundação. Paralelo a isso o Ministro da Educação Jorge Bornhausen demanda estudo minucioso ao HC que aponta a necessidade de contratação de 1380 funcionários para ampliação de vagas de leito, para 560. A liberação Ministério do Planejamento é de 840 vagas. Como alternativa, os dirigentes do HC, contrariados, efetuam contratações via Fundação (FUNPAR), prática empregada para lidar com a defasagem de funcionários. A presença de funcionários que entram no HC contratados por esse vínculo se apresenta como constante, bem como os problemas associados à Sindicato, equiparação salarial, comprometimento, e irregularidades à lei. Por enquanto, nenhuma manifestação governamental acerca dessa prática. Mesmo assim, mais tarde as previsões dos dirigentes e professores conselheiros consistem na extinção do quadro de funcionários da UFPR e substituição pela Fundação.

Perguntados pelos funcionários que exigem “saber sobre como está a Fundação”, dirigentes e chefes de departamento argumentam que **a Fundação nunca apresentou um balanço e o HC também não fez acompanhamento contábil.** É solicitado então levantamento, e a Fundação alega **não dever nada ao hospital.** Como tréplica, o HC afirma ter crédito de 2 milhões de cruzados. Mais contestações e apurações seguem, e o denominador é de crédito de 500 mil cruzados para o HC. A contabilidade da fundação é questionada por **irregularidades.** Salienta-se que as relações entre HC e Fundação na maioria das vezes foram cercadas pela **desconfiança** dos dirigentes e chefes de departamento do HC. Foram várias investidas de auditoria, revisão, apurações acerca dos números referentes aos recursos do HC geridos pela Fundação, que administra e cobra taxas de administração do hospital por este

serviço. Para se ter uma idéia, o HC desembolsa em 1986, 46 mil cruzados por mês. Em 1988 os problemas com a Fundação continuam:

“Falcatruas cometidas pela fundação. De tal modo que se alguma instituição teve sua imagem prejudicada por outra instituição. A grande vítima foi o Hospital de Clínicas que contribuiu para o saneamento da Fundação”. (Ata, 1988)

Os serviços da Fundação UFPR com o HC consistiam em serviços com pessoal, assessoria jurídica, tesouraria e contabilidade. A Fundação tenta aumentar a taxa de serviços. Como resposta:

“estamos reduzindo as notas que pagamos pela fundação apenas à urgências urgentíssimas”.

O assessor jurídico da Fundação diz que as Fundações estão com **atestado de óbito**. O Chefe do Departamento de Pediatria propõe na época **que o hospital feche por que todo o Paraná deve saber o que significa o fechamento do hospital**. Novamente exemplos mal sucedidos de apelo a Fundações são apresentados, com o Hospital de Minas ‘que também sofre com a Fundação’. Porém, ainda em 1988 o MEC tende a preservar as Fundações para os Hospitais Universitários.

Nota-se a partir daí a utilização de recursos alocativos da sociedade como mecanismo de comoção e mobilização social, isso em paralelo **à sugestão do MEC de apelo à sociedade civil**. O MEC a partir de omissões recorrentes lança os hospitais universitários sob competência de outros ministérios e à sociedade. Retorna-se a importância da comunicação com a sociedade, informando-a sobre os **números da assistência**, dando ciência da significância do hospital.

Em meados de 1987 as demissões atrapalham o atendimento do paciente, do ensino e da pesquisa, principalmente porque não são ‘repostas’ pelo MEC, os problemas relacionais com a Fundação continuam, e professores chefes de departamento bem como a direção do HC sugerem **colocar gestores do HC na direção da fundação UFPR para controlar os recursos**. Até então somam 981 funcionários contratados pela Fundação. Destes 190 têm formação superior, 790 ensino médio. A área de Enfermagem é a mais afetada. Em meio a tais movimentações professores também fazem greve junto às reivindicações de **isonomia** dos

funcionários médicos da Fundação dentre os argumentos **a prática do ensino desempenhada por médicos da Fundação**. Nessa época, o faturamento mensal do HC é de 32 milhões de cruzados - destes 8,5 milhões são destinados aos salários de funcionários da Fundação. Para os dirigentes do HC o sindicato faz **manipulação** dos médicos contratados pela Funpar para tais manifestações.

Dentre as queixas dos funcionários está o não recebimento de informações da direção do hospital, nem das decisões do conselho. A direção geral propõe comunicação vertical onde **os chefes de departamento repassam as informações, sem a necessidade de documentos escritos**.

Em 1990 o Sindicato (SINDITEST) exige abertura das contas da Fundação e mais uma vez inicia greve. Como resposta a direção do hospital cria mais uma comissão, a Comissão Ética da Greve. Nessa época, alguns médicos do Centro Cirúrgico foram integrados, mesmo a revelia do MEC. O HC tenta lançar edital de concurso que é coibido pela Reitoria dado o fato de não existir dotação de vagas orçamentárias, bem como de ser um Concurso Interno. Alguns professores defendem os funcionários da Fundação e pedem aos participantes do Sindicato em reunião para que respeitem os funcionários que estão trabalhando – “não são burros e sim verdadeiros funcionários, são os que têm espírito universitário”.

Em meados de 1990 é feito um levantamento mínimo de necessidades de contratação de funcionários, para 510 leitos. A média é de 6 funcionários por leito.

Necessidades mínimas de contratação:

Cargo	Reitoria	Fundação	Contratados	Mínimo necessário	Total Real
Superior	271	354	201	826	625
Médio	558	798	146	1502	1356
Nível de apoio	218	279	286	783	497
	1047	1431	633	3111	2478

Em 1996 o Deputado Paulo Renato de Souza tenta auxiliar na intercessão por verbas no MEC.

A ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino no País entra em cena e pede moção aos Ministérios da Saúde e Educação, por conta das condições financeiras dos hospitais Universitários e o HC.

O CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) e a maioria dos hospitais universitários do país se reúnem para discutir as dificuldades que os Hospitais Universitários e de Ensino enfrentam. O MEC demonstra dificuldade para atender aos pleitos dos hospitais dado a dificuldades financeiras ministeriais. Hospitais elaboram um documento denominado Carta de Rio de Janeiro visando pressionar o Governo Federal no sentido de liberar recursos para a área de saúde e solicitando o empenho de hospitais junto aos deputados federais e senadores para aprovarem a **Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira – CPMF**, que garante o aumento de recursos para o ministério da saúde. Já se sabe onde isso termina...

Em 1996 a ABRAHUE apela ao governo quanto às tarifas pagas pelo SUS e falta de recursos humanos. A partir de então, os hospitais universitários têm com essa associação forte apoio a intervenções governamentais. Hospitais passam a se articular de maneira mais ampla para reivindicações de recursos. A dívida do HC chega a R\$ 31. 670.195,65.

Dentre os problemas enfrentados pelo HC no pleito por recursos financeiros estão os **fortes argumentos do MEC, que questiona o número elevado de funcionários para o número de leitos no HC**. O MEC aproveita e propõe transformar o HC em Organização Social para que seja possível encaminhar o pagamento de todos os funcionários. O reitor da UFPR se manifesta contrário, e se propõe a criação de um comissão para estudar vantagens e desvantagens dessa proposição. É possível inferir pela observação feita pelo MEC que este inclusive adota parâmetros de avaliação do hospital adotados pelo Ministério da Saúde.

Em 1998, o Deputado José Melo (PFL-AM) faz pronunciamento acerca dos problemas enfrentados pelos hospitais universitários inicia o discurso alegando que “não pedem muito os hospitais universitários, o que pedem é justo e urgente”. Pedem:

- Que o Ministério da Educação absorva integralmente toda a folha de pessoal e custeio dos hospitais universitários;
- Remuneração integral pela assistência médica prestada aos usuários do SUS, sem a imposição de um teto financeiro pré-fixado;
- União de esforços para buscar alternativas financeiras para custear o quadro de pessoal de apoio, cujos cargos foram extintos no serviço público;
- Informatização e integração das diversas unidades, criando uma rede de dados e indicadores relacionados à assistência, ao ensino e à pesquisa;
- Mudança de Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO quanto ao impedimento de repasse de recursos do tesouro para os hospitais universitários;
- Atualização e correção em pelo menos 50% da tabela do SUS;
- Aumento do programa de bolsas para residência médica.

O conselho diretivo do hospital encaminhou Moção de Apoio ao referido deputado. Enquanto isso, o SUS atrasa e o HC não paga fornecedores, hospital fica sem medicamentos e outro Deputado, Anibal Cury (DE) faz doação de 175 mil reais.

O HC por solicitação do Ministério da Saúde participa do Sistema de Banco de Preços praticados na área hospitalar (BPPH), que disponibiliza via internet os preços praticados pelos hospitais na área de compras, como forma de **racionalização ao sistema de suprimentos**. Dessa maneira, é possível também que o sistema de fornecimento de medicamentos e materiais médicos seja uniformizado, bem como centralizado em alguns fornecedores indicados. O que parece razoável, considerando o fato de as relações com representantes comerciais de empresas farmacêuticas e de equipamentos ter sido sempre problemática no HC.

Para se ter uma idéia do impacto dos problemas com o fornecimento dado ao não pagamento de títulos, a **Disciplina de Técnica Operatória deixa de ser ofertada**, tendo em vista a oficialização da direção geral de que não seriam mais ofertados materiais necessários para manutenção da mesma. **A decisão acontece quando o hospital é considerado em “estado grave” sendo priorizada a atividade assistencial.**

A ANDIFES - Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - faz de maneira recorrente reuniões para resolver problemas de natureza financeira. A área de Recursos Humanos consiste num ponto crítico, em especial depois que o **Tribunal**

de Contas da União proíbe a FUNPAR de substituir funcionários aposentados. Por outro lado o MEC não abre concurso público para reposição. O clima é conhecido, de ‘desespero emergencial’, frente à necessidade de contratação de 166 funcionários. Em 2002 a reitoria volta a interceder pela contratação de funcionários pela FUNPAR – o déficit de funcionários é de 1443 vagas, para substituir pessoal da FUNPAR mais 700 da UFPR. Os Ministros do Planejamento e da Educação se sensibilizam com a situação e intervém diretamente com a Presidência. **Em 2003 a Funpar e o HC têm sinergia. A Funpar cresce fundamentalmente na área de saúde a partir de 1998, quando aumenta em 147% o número de contratos e convênios.**

A greve dos funcionários se estende e as relações são precárias com o SINDITEST. Muitos funcionários, nem participam do movimento, e também não comparecem ao hospital. As áreas constantemente emitem balanços da greve ao Sinditest e à reitoria. Em 2003, nova Paralisação de servidores. Enquanto isso, 300 deputados compõem a Comissão de Estudos de Alocação de Recursos da CPMF. ABRAHUE, CONASEMS, CONASS também adentram em empreitadas parlamentares para **emendas que favoreçam HUS.**

Em 2007, as dificuldades financeiras devido ao não ressarcimento de procedimentos devido às glosas da Secretaria Municipal de Saúde se acentuam. Também a falta de médicos plantonistas e de materiais na maternidade, que precisa de 23 médicos, mas conta com 12. Em contrapartida em números gerais o HC diminui o número de funcionários e atende mais pacientes, o que é veiculado pela direção na imprensa.

No final de 2007 a situação financeira do HC apresenta déficit de R\$ 1 milhão de reais. O HC continua sem correção dos serviços contratualizados desde 2004. A Reitoria concede R\$ 300 mil reais para pagamento de **fornecedores** em época de dificuldades de comunicação da PROPLAN com os ministérios decorrentes da invasão dos alunos na Reitoria.

O CRM se solidariza com o HC e se pronuncia:

“O CRM alerta a sociedade paranaense das precárias condições do HC, praticamente sucateada pelo explícito abandono e desinteresse das autoridades públicas com responsabilidade por sua manutenção e pelos recursos humanos. O quadro de deterioração enfrentado pelo maior hospital do Paraná, antes referência nacional, praticamente inviabiliza a continuidade de seu funcionamento, desde que, embora possua recursos humanos qualificados, está carente desde produtos básicos até aqueles necessários para realização de procedimentos médicos de alta complexidade. Esse

descaso das autoridades públicas com o hospital universitário comprometeu a sua vocação educacional, tanto no ensino, quanto na pesquisa e na assistência aos usuários do SUS, causando a suspensão de tratamentos eletivos programados e trazendo riscos no atendimento das emergências clínicas, cirúrgicas, pediátricas e obstétricas. **Se há em curso uma tentativa silenciosa de asfixiar as unidades federais de hospitais-escola, sob pretexto de se apresentar em tempo oportuno solução de visibilidade política ou de desoneração do Poder Público,** o CRM-PR e o CFM reivindicam postura de transparência e responsabilidade ante ao risco de desintegração do sistema com danos irreparáveis à população. (...) As péssimas condições estruturais e técnicas impostas à Instituição colocam sob grave risco não só os profissionais que labutam no hospital, mas principalmente a população paranaense que busca atendimento médico. **E, se ainda não encontra as portas fechadas, isso se deve ao denodo dos médicos e funcionários que, teimosos como só os brasileiros sabem ser diante da adversidade, se recusam a render-se aos predadores do dinheiro público.** O CRM-PR e o CRM manifestam que não pouparão esforços em responsabilizar os gestores públicos da saúde pelas conseqüências do descaso que tratam a instituição hospitalar paranaense; aplicando as medidas legais e cumprido assim função institucional estampada no artigo 2º da Lei 3268/57, que lhes derrogam o dever de trabalhar por todos os meios ao seu alcance pelo perfeito desempenho ético da Medicina”.

(Nota Oficial dos Conselhos Regional e Federal de Medicina, publicada da Gazeta do Povo 04/11/07)

Em entrevista com a direção financeira é possível se perceber em termos operacionais como os recursos do hospital são direcionados. Nota-se que o hospital em si tem como principais contas a Farmácia e o Abastecimento, daí as relações com os fornecedores; destaca-se o fato de o HC persistir no tempo com as dívidas que possui, em decorrência de algumas regulamentações que favorecem órgãos públicos em termos de barganha com as empresas fornecedoras.

“O faturamento também pertence à área financeira, através de prontuários, através de procedimentos nós conseguimos receber, quer dizer deveríamos estar recebendo. Também uma dificuldade que a gente tem em relação aos procedimentos que são realizados no hospital com aquilo que nós buscamos faturar. (...) sempre a gente está trabalhando assim com a corda no pescoço, dá o mínimo possível para que a gente possa se manter. (...) e as áreas que mais que mais consomem, com certeza, que é a farmácia e o abastecimento. (...) Nós temos pequenas empresas que essas se você não pagar, você quebra. Então aquela que fornece a nutrição, então são pequenas empresas, é uma dificuldade conseguir comprar títulos de empresas, que tenha a documentação e sejam preparadas pra toda a exigência de pregões queira ou não as vezes é pregão eletrônico, tem que ter um pouquinho de conhecimento para poder realmente abastecer o hospital e muitas vezes ela até no decorrer do tempo ela acaba não tendo condições de se manter. Essas empresas a gente costuma sempre manter em dia, que a gente sabe do compromisso, inclusive existe legislação para isso, **por que essas micro - empresas nós temos que dar prioridades nos pagamentos,** então a

gente procura cobrir isso. Aí nós temos as grandes empresas que são aquelas que não nos incomodam e têm aquelas que nos incomodam e muito, aquelas que não abrem mão, têm as multinacionais, aquelas que têm seus critérios (...) O que acontece muitas vezes aquelas empresas que entram na cotação pública, por mais que ela não concorde com a situação (de receber tardiamente) ela tolera, ela é paciente ou ela engole porque, porque ela sabe que se ela não atender ou acontecer alguma coisa proveniente dessa falta de material, ela pode até requerer o financeiro, mas ela tem um comprometimento que é a entrega de material. **Então se ela disser, eu não vou entregar eu sempre digo para a empresa, então vai ter que mandar para o jurídico. Aí o que acontece que ela estiver inadimplente com algum órgão público, isso entra no jurídico, do jurídico vai ficar registrado. Então ela não pode ser contratada por nenhum órgão público.** Então às vezes os inconvenientes em relação de ela dizer eu não vou fornecer por algum motivo para ela acarreta muito mais transtornos digamos assim, muito mais até pode ser... Porque existem restrições em todos os outros órgãos.” (Entrevista, 2008)

A coordenação de internação que interage diretamente com a Secretaria Municipal de Saúde aponta alguns problemas relacionados aos detalhes, como o preenchimento adequado de formulários, visando evitar glosas que implicam no não ressarcimento de procedimentos:

“O controle é assim, vamos supor, o paciente tem uma traqueotomia, ele tem uma câmera, e se você for fazer uma troca, você tem que descrever, como se fosse uma cirurgia é uma nova descrição e esse procedimento pode ser cobrado. Aí um dia eu fui falar com o residente e ele disse: **“não, porque eu não vou fazer...”** aí eu disse, **“mas entenda, não é só mais uma nova ou é dado pelo SUS isso, você pode cobrar”** nós não estamos com medo de incorrer em alguma coisa ilegal... Aí ele falou com o chefe, o chefe ficou na dúvida, vai conversar... Nós temos dois auditores internos, conversa com o auditor interno, ele é médico, ele vai te explicar... Aí eles começaram a fazer... Então é complicado, de você fazer com que eles (médicos, residentes). É um hospital escola, mas ele precisa do dinheiro pra sobreviver... Talvez agora, essa crise, tenha sacudido um pouco. **Aí a gente fala pra eles, oh você perceberam, porque muitas coisas se perdem, porque vocês não anotam...** Porque isso, porque aquilo, aí você começa a enumerar. Teria que haver um maior envolvimento das chefias médicas... Chegar junto, acompanhar mais de perto, verificar as anotações, se estão sendo anotadas, ou não estão... Até por uma questão legal mesmo, porque o que não ta escrito, não tem valor nenhum.” (Entrevista, 2007)

A coordenação de planejamento narra algumas práticas empregadas que levam ao déficit do hospital gerado também pelos procedimentos/atendimentos feitos a pacientes não remetidos ao hospital de maneira regulamentada. O déficit gerado pelo ensino e pela pesquisa. São expostas outras condutas estratégicas de agentes do HC que atuam em outros órgãos,

hospitais, clínicas associações no sentido de pressionar empresas fornecedoras a adotarem preços mais baixos.

“Mas o dinheiro é virtual, não existe esse dinheiro, ele vai vir da nossa produção. Ai na hora que tiver a nossa produção, se nos compramos o melhor, mas era mais caro, esse mais caro, essa quantidade que passou do que o SUS paga é por nossa conta. Por exemplo, se o SUS me paga pra fazer 10 raios-X e eu faço 20, o SUS vai me pagar 10, os outros 10 fica na conta do Abreu. Fica na conta da gente. (...) Por exemplo, um leito de UTI, paciente é nova, mas nos não conseguimos encaixar ele aqui, porque estamos com algum problema e tal. E a Secretaria não consegue por ele em outro lugar e tem que por ele em um leito privado. Ela vai pagar por esse leito privado e vai descontar do nosso. A gente sofre ameaças assim, o tempo inteiro. (...) O nosso custo é infinitamente maior do que eles pagam. (...) Então nós começamos utilizar **os nossos Robin Hoods**. Porque essas pessoas que trabalham aqui, trabalham em outros lugares. Então a gente começou a conversar com os médicos: “oh fala lá pros fornecedores que se eles não venderem a preço do SUS aqui pra nos, a gente também não vai comprar deles”.

A direção geral do HC expõe de maneira evolutiva, outros problemas, principalmente associados à área de recursos humanos. Os funcionários acumulam de 2 a 3 empregos. O desgaste é inevitável. Em consequência o desgaste do hospital.

E o hospital, primeiro ele tem, eu sempre brinco, que a dificuldade do hospital está no seu DNA. O hospital de clínicas ele já nasceu em crise. O DNA dele é crise. (...) No começo até o hospital mesmo, a legislação permitia, então quanto mais pessoas você atendesse, mais recursos vinha, então era uma maravilha. E aí somou no comecinho, o dinheiro que já vinha normalmente com o dinheiro que vinha da produção, maravilha. Aí começou a expansão, onde houve a inversão. Então nós tivemos três mil e poucos funcionários contratados pela FUNPAR e o dinheiro era suficiente. **Só que o governo, aí que foi o golpe, ele foi saindo e daí recurso que vinha pelo MEC foi sumindo... sumiu por completo, e hoje a subsistência é só pela produção, pelo SUS e aí começou a morte do hospital.** Porque o hospital cresceu além da sua capacidade, com recursos e... agora tem que sobreviver... e além disso ao longo dos anos foi incorporando muita tecnologia. (...) Nós temos 5% do nosso quadro de funcionários afastados por licença médica de longa permanência. Isso são 200 pessoas. Se eu tivesse mais 450 funcionários eu ativava pelo menos mais 120 leitos em uma semana. Só não tenho recurso humano pra tanto. (...) quem tem menos emprego, tem dois. E acontece o que com isso? as pessoas cansam. E quando isso acontece qual o primeiro lugar que elas acabam pedindo licença com dificuldade, é do HC (...) dificilmente se eles trabalhassem aqui seis horas, teriam esse tipo de doenças. Só que eles saem daqui seis horas e fazem oito lá fora. O nosso quadro de maneira geral está envelhecendo e não esta havendo substituição pra aquilo lá. A pessoa para ficar 10 anos em uma UTI é muito... quer dizer é stress continuo daquilo lá... não pode. E eu não tenho como fazer rotatividade.”

Destaca-se que os problemas em torno do racionamento acompanham o percurso do HC desde o seu início. Inicialmente agentes tentam acumular recursos por meio do Fundo de Reserva, exposto no capítulo seguinte; porém esse período de sobras é bastante estreito. Os primeiros indícios de crise despontam com as ‘desinvestidas’ do MEC na medida em que articula de maneira planejada e paulatina as relações com outros ministérios como da Previdência, Planejamento e finalmente e derradeiramente o Ministério da Saúde o que para os professores é interpretado como ‘entrega do HC ao SUS’. Embora se afirme que essa ‘entrega’ é irreversível alguns agentes insistem em fazer apelo ao MEC, principalmente os mais enfocados ao ensino; outros aceitam as novas regulamentações principalmente porque compõem a ‘linha de frente’ a assistência em si, além do fato desse grupo estar mais concentrado entre os funcionários da FUNPAR; um terceiro grupo, contrariado precisa vender o novo discurso do Ministério da Saúde, porque o hospital precisa continuar existindo e definitivamente ‘não se percebe saída’. Esse discurso se esvai no momento em que os níveis de reflexividade dessas práticas se aprofundam. É na prática discursiva que os agentes encontram as contradições mais agressivas ao exercício de suas profissões principalmente por que se percebe que se está onde se acordou estar.

4.9 O FUNDO DE RESERVA E DOAÇÕES

O Fundo de Reservas do Hospital parece constituir uma reserva de caixa que concentra o recursos financeiros excedentes derivados de atendimentos, ainda do tempo que era basicamente financiado pelo MEC e mais tarde pelo Funrural. O controle desses recursos é feito pelo conselho de administração do hospital que também delibera acerca do destino dessas verbas. Um dos primeiros casos de aplicação desses recursos acontece via pagamento de pequena gratificação a um funcionário, que fez a contabilização do Fundo de Emergência. Gratificação não especificada.

A partir daí destaca-se a importância do **Fundo de Emergência e Encargos Diversos para o Hospital**. Tal fundo tem ocupado espaço na agenda dos dirigentes do HC, em especial à prestação de contas, contabilização. As entradas e saídas consistiam num dos principais indicadores de discussão em torno da saúde financeira de tal fundo. Esse fundo era inicialmente abastecido pelos saldos positivos de atendimentos feitos a pacientes do FUNRURAL.

Com recursos desse fundo, os conselheiros do HC têm condições de deliberar acerca da destinação de bolsas de estudo, viagens, compra de equipamentos, pagamentos de extras. Porém a criação desse fundo foi estabelecida a partir do discurso de **Fomentar a Pesquisa**. Um exemplo de aplicação do Fundo de Reserva se manifesta na área de Fisioterapia.

Pauta: Carência fisioterapia – “eis que o mesmo de uns tempos para cá ficou inteiramente descoberto no tocante a colaboração de quaisquer auxiliares com formação técnica reconhecida.”(1971). Como a admissão de uma doutora ainda estava em estudo, pensaram na possibilidade de aproveitamento da técnica com o **Fundo de Emergência**.

O Fundo de Emergência e Encargos Diversos apresenta renda do fundo 6 mil cruzeiros por mês. É considerada uma reserva mensal razoável para o cumprimento da maior finalidade do Fundo o desenvolvimento da pesquisa. Mas alguns professores evidenciam um fato paradoxal, na medida em que tem enfoque na suplementação de vencimentos de pessoal quando a destinação da verba prevê a pesquisa. Os pedidos de verbas oriundos desse fundo são encaminhados ao Conselho de Administração a partir de ofícios encaminhados por professores de maneira individualizada, ou seja, a prática da **pesquisa** no HC tem em seus

primórdios iniciativas individualizadas. Nota-se que alguns professores encontram maior dificuldade para conseguir tais recursos. Os critérios apresentados para conceder ou não recursos não estão fundamentados na avaliação da validade de tais pesquisas, apenas discute-se a existência de verbas e a aceitação do conselho com relação ao que fora solicitado.

O saldo do Fundo de Emergência, ou Fundo de Reserva, em 1971 é de CR\$ 119.001,51 é considerado como reserva técnica para emergências. Mais tarde são pagas premiações, bônus e treinamentos em outras instituições bem como aluguel da Xerox (SP). Vários treinamentos de profissionais de diversas áreas em São Paulo. Note-se a importância da atenção para os requisitos técnico-financeiros como base para o funcionamento de hospitais universitários. Em 1972 o Fundo de Emergência aplica Cr\$ 132.219, 22 em letras de câmbio. A exaustão do Fundo de Emergência acontece em maio de 1974. Mas a manutenção do deste é autorizada pela Reitoria e pelo Conselho Universitário e considerada como “renda própria”.

Nota-se o tempo curto de existência desse fundo considerando que as reservas se estreitam na medida em que os convênios com a previdência iniciam. Pode-se utilizar 1974 com ano limítrofe de um segundo momento do hospital em termos financeiros. Como exposto anteriormente com a escassez de recursos financeiros a prática de captação de recursos passa a cumprir a rotina já conhecida de se ‘passar o pires’. Dentre os mecanismos, as doações que só tem início de fato a partir de 1994.

4.9.1. Doações

Findando o primeiro ano de operações do hospital de clínicas é recebida a primeira doação de 40 mil dólares da Kellogg Foundation para a Clínica Médica para atividade de residência bem como apoio à biblioteca.

O Diretor Superintendente do Bamerindus, em 1994 coloca à disposição do HC a Agência de Publicidade Umuarama para desenvolver campanha de marketing do HC, inclusive em nível interestadual.

Em 1995 é criado o estatuto Social da Associação Amigos do HC. Em 1996, o Rotary manifesta também manifesta apoio ao HC. Na sequência recursos financeiros são

conquistados para a UFPR (2 milhões de reais) e para o HC (5 milhões), com a intervenção dos Deputados Maurício Requião de Mello e Silva, Elias Abrahão e Max Rosenmann. No final de 1996 a Pediatria tem patrocínio da Telebrás para reforma na área física. As instalações são inauguradas em dezembro do mesmo ano. Em 1997 o Banco Bandeirantes financia reforma na área física do Centro Cirúrgico, seguidas de outras reforma físicas no hospital advindos do Estado e da Prefeitura. Nota-se que é a partir de meados da década de 90 que as doações passam a constituir prática para captação de recursos decorrendo em especial das políticas de comunicação do hospital com a sociedade tendo como conteúdos informativos os números de assistência. Essa estratégia incrementou ao hospital legitimidade para captação de recursos e sobrevivência organizacional.

Associação Amigos do HC é então reconhecida pela importância e volume de recursos, e as relações com essa passam a demandar do HC bilateralidade: consistem nas primeiras intervenções de associações sobre as práticas do HC. Para se ter idéia, em reunião com a Associação de Amigos do HC (AAHC), realizada em meados de 1998 fica estabelecido que **deve haver intercâmbio de informações entre comissões da AAHC e Direção Geral do Hospital antes do desencadeamento de qualquer campanha visando áreas específicas e a veiculação na imprensa deverá ser realizada somente através de professores ou médicos devidamente lotados nessa instituição.** No final de 1998 o conselho do AAHC também manifesta como objetivo o **apoio político** para pleitos do HC. Em 1999 a direção geral do hospital propõe que a AAHC faça complemento de recursos para ajudar na fundação da edificação, possibilitando elevação de mais andares e em 2000 essa associação passa a financiar também pesquisas.

O Deputado Federal Paulo Roberto Cordeiro coloca seu escritório em Curitiba e Gabinete em Brasília a disposição para qualquer necessidade do Hospital. Há algum tempo o hospital assume posição social de relevância. As interações políticas passam a se intensificar.

Em 1999 com a intervenção de professor da área de transplante de medula óssea é desencadeado um trabalho de articulação política junto à bancada federal com o apoio de Flávio Arns. As várias reuniões colocam como tema: a **Situação Emergencial do HC.** É lançado o projeto A.N.J.O.S - Apoio Notório, Justo e Organizado em Socorro – que consiste num grupo de apoio composto por reitoria, Secretaria Municipal de Saúde e Funpar e deputados da bancada. Com essa movimentação, R\$ 3.8 milhões são captados via Ministério

da Saúde. Destaca-se algumas práticas conhecidas como a utilização da metáfora do HC como paciente em estado de emergência.

É lançada a campanha de arrecadação via fatura da Copel em 2001 e a AAHC reclama não ter sido informada sobre o assunto. Em 2003 o HC CONTA COM VOCÊ possui 30 mil contribuintes pela Copel. Um ou mecanismo é a doação de troco pelos consumidores da Drogamed. Nos 43 anos de HC é feita doação de 3 ambulâncias: 2 do Governo do Estado e outra da FUNAI.

Em 2005, a Associação Alírio Pfiffer faz investimentos no Serviço de Transplante de Medula Óssea. A Associação ALÍRIO PIFFER – foi fundada em 1988, sem fins lucrativos, com a missão específica de prestar apoio técnico, material e financeiro nas atividades do Serviço de Transplante de Medula Óssea. É levantada em 2006 a necessidade de celebração de convênio entre HC e a essa fundação, por orientação do TCU. O conselho de administração aprova, mas em 2007 ainda não é firmado. O TCU passa a obrigar celebração de convênio.

Alguns dirigentes do HC manifestam as contribuições de diversos agentes internos como fundamentais à sobrevivência do hospital. Outra prática que tem se consolidado consiste nas emendas parlamentares. Agentes do HC precisam gerir também as relações políticas para captar recursos.

“Tem o diretor geral, todo ano ele faz um café da manhã, com os deputados e as emendas são encaminhadas pra ele. Então tem o Flávio Arns, tem o Osmar Dias, o Álvaro Dias, o Fruet ajuda muito, aqui tem o Takaiama, Roseli Isidoro. E eles entram sempre com essa política de relacionamento com a gente. Então as emendas, muitas emendas parlamentares são encaminhadas em nome do hospital através dos deputados. Elas sempre colocam emendas do hospital. O MEC também nos subsidia. Anualmente o MEC acaba destinando uma verba para comprar apenas equipamentos, matérias permanentes, porque o SUS não nos permite. Todo o dinheiro do SUS que nós recebemos por produtividade, nós não podemos usá-lo para compra de material permanente, o material permanente agente tem que ir em outras fontes. O HC conta com você, que é uma coisa que ajuda imensamente e agora durante a crise foi o que nos salvou, e porque ele é um dinheiro livre, e a gente consegue estar trabalhando pra tudo. A associação dos amigos ajuda também, mas de forma, de acordo com as possibilidades que também não consegue, fortemente é o HC Conta Com Você. E a gente também tem dinheiro da fonte de pesquisas, as pesquisas que são patrocinadas aqui dentro do hospital, também uma parte é para o hospital que, o hospital consegue. Principalmente pelo relacionamento do reitor que também é uma pessoa importantíssima, eu acho que se nós não tivéssemos um reitor médico, como nós temos agora, as coisas estariam muito mais difíceis, porque com certeza ele olha para nós de uma forma diferente. Então a influência, ele nos ajuda, a influência dele nos ajuda, tanto em Brasília, tanto esse relacionamento que ele tem com o governador que

é muito bom. Então o governador ajudou muito o hospital, em termos financeiros, ele passa uma verba mensalmente para o hospital.

Para outros agentes a compreensão acerca da operacionalização das doações pelas associações que pode ser diferente:

“Com relação às associações, então a gente tem assim, algumas associações que trabalham com o nome do hospital, por exemplo, a **Associação Amigos do Hospital de Clínicas ela usa o nome do hospital, mas ela é mais ou menos independente. Ela faz arrecadações de dinheiro, mas ela põe naquilo que ela acha. Não é uma decisão do Diretor, mas é uma decisão de quem pos aquilo lá. Porque na Associação de amigos existem comissões. Então tem a comissão de radiologia médica, etc. e nessas comissões tem o padrinho.** Então o padrinho é a pessoa que, se ele corre atrás de fazer um evento, o dinheiro vai vir pro serviço dele, pro afiliado dele. Então é uma associação que trás dinheiro para o hospital, mas trás de uma maneira predeterminada por ele. Quando o hospital ta numa crise e necessita dos amigos, ele lança mão, ele vai lá e conversa, olha nos estamos precisando disso, daquilo. Às vezes eles ajudam, outras vezes não é possível e enfim. **Na FUNPAR, tem um projeto que chama HC Conta Com Você, que nos ajuda bastante, que é aquele dinheiro descontado na conta da luz. É um projeto em conjunto com a Copel, mas não é pra tudo que ele serve. Qualquer projeto, qualquer coisa que a gente precise que tenha que gastar aqui no hospital, eu tenho que submeter ao pessoal do projeto, pra que eles autorizem ou não.**

É possível perceber que as principais associações deliberam em algum grau a as áreas de aplicação de tais recursos por meio de padrinhos, aprovações de projetos dentre outros mecanismos. A participação da classe política também é forte no hospital a partir de emendas. Nota-se tais movimentos a partir do momento em que o hospital passa a ter aumentar sua legitimidade frente a sociedade. Parece ser mais interessante a classe política lidar com esses contextos via emendas do que adentrar em empreitadas mais estruturais. Decorrente da escassez de recursos financeiros, já evidente na primeira década, os agentes adotam como estratégia coletiva o atendimento a pacientes particulares. Essa prática passa a ser amplamente questionada internamente pelo sindicato, mas principalmente externamente, quando auditores do TCU e SMS resolvem aplicar a legislação com a Constituição e a Lei Orgânica que institui o SUS. Na sequência essa prática é desenvolvida.

4.9.2 Pacientes Particulares: atender ou não atender, eis a questão

O atendimento particular aparece na maioria das vezes sutilmente nos discursos dos professores, se percebe a existência desse atendimento na primeira década de existência como fator motivacional. A compreensão dos agentes do HC sobre atendimento particular é de que “haveria uma grande vantagem para o HC, uma vez que possibilitaria a **fixação e maior motivação** do Corpo Clínico se o conselho autorizasse a internação de doentes particulares nos serviços a serem instalados (infectados da maternidade, isolamento, e UTI).

Em 1974 reaparece a discussão em torno do atendimento de pacientes particulares em termos de espaço físico para tais empreendimentos. Dirigentes do HC decidem que é fato consumado e irreversível a necessidade de desocupação de um andar deste hospital para internação de ‘doentes particulares’, tendo para tal destinada a verba suplementar de 1 milhão de cruzeiros pelo MEC. Foi escolhido o 4º andar do prédio central, próximo ao centro Cirúrgico, e o **4º andar** passa a ser incógnita no HC.

A reforma do 4º andar foi concluída com metade da previsão orçamentária. Em comemoração é oferecida uma churrascada na chácara da Associação dos Funcionários do HC em 1977. Foi definido como o objetivo do quarto andar: **oferecer uma condição melhor para um paciente mais diferenciado**. E com isto se obter recursos para o HC, como sugestão do MEC e também “**dentro das possibilidades, se juntar para o ensino médico**”. A partir desse objetivo é possível inferir que até então **ensino, pesquisa e assistência** não têm estabelecimento claro de simbiose. Se a assistência fosse a mesma, logo o ensino e a pesquisa poderiam também acontecer durante o atendimento a pacientes particulares. O paciente continua sendo trabalhado, na assistência como ‘material didático’. Outro ponto a destacar é a anunciada participação do MEC tendo em vista a sugestão de se fazer ensino médico com esses pacientes também.

Em 1978 foi estabelecido que os docentes com direito a solicitar internação nesse andar sejam componentes da **área profissionalizante** do curso de Medicina limitando assim as pessoas envolvidas nos internamentos. Designa-se professor para a elaboração do Regulamento. A definição quanto a honorários médicos, fica em 15%. **Pacientes pagam a diferença da acomodação e portanto também a complementação a honorários médicos,**

de acordo com recursos as normas do INPS. Em 1979 se incrementam os preços das acomodações bem como nos atendimentos.

Passados 10 anos e conselheiro professor da Pediatria em 1987 manifesta que o atendimento dado no HC **não seja comercializado e que, o ensino, a pesquisa e a investigação não sejam esquecidas. Para esse professor, o HC vem sendo usado há vinte e cinco anos, em benefício próprio, e que o regulamento vigente beneficia o ‘feudalismo’ das disciplinas não permitindo o desenvolvimento do hospital.** Aponta para a necessidade de se **humanizar** a medicina, discurso já conhecido entre os alunos. Importante salientar que a Pediatria é uma das áreas profissionalizantes a terem espaço para atendimento particular. Esse episódio marca a dificuldade de se capturar os motivos para essa divergência entre atores sociais. É possível que áreas como a Clínica Médica tenham se sobressaído na utilização desses leitos, além do fato de as regulamentações para o setor já apresentarem indícios de contrariedade a atendimento particular, principalmente pelo fato de a essa altura os hospitais universitários estarem muito mais condicionados aos circuitos da Previdência do que do MEC.

É com as discussões em torno da Lei Orgânica que estabelece o SUS que os professores e dirigentes do HC voltam a discutir o atendimento a pacientes privados como **alternativa financeira aos pacientes de “fim de linha”**, o que provoca preocupações em torno dos padrões para atendimento a pacientes diferenciados. O discurso do mesmo professor que questionava em 1987 o atendimento particular sofre mudança:

“(…) nossa elite de professores pode mudar essa situação. Se nós tentássemos um plano tal onde **o professor possa trazer seu doente particular todos ganhariam com isso**, inclusive os funcionários e o próprio hospital. O problema é que o HC não **‘está preparado para pacientes diferenciados’**”.

No Regimento de 1992, é revisada a remuneração por serviços prestados a pacientes privados e esse atendimento configura-se ainda como uma das fontes de recursos financeiros do hospital. Salienta-se que nesse ano, pela Lei Orgânica é ilegal atender pacientes particulares.

O Reitor da UFPR **determina a não cobrança de honorários médicos a pacientes atendidos no HC** o que impera sobre as atividades de atendimento a pacientes particulares. Difícil cumprir, considerando que tanto no 4º andar quanto no serviço de Transplante de Medula Óssea, tais condutas já estavam institucionalizadas. Utiliza-se também do argumento

de que **na USP se destinou 15% de seu atendimento a particulares e convênios médicos**. A comparação com outros hospitais universitários nacionais e internacionais é prática no HC, principalmente em situações de crise funcional. Mais tarde, alguns agentes do HC em 1995, visitam hospitais na **China** e percebem que “**o que dá sustentabilidade é a cobrança por consultas particulares e o fornecimento de especializações**. O ensino é gratuito e a pós-graduação é paga”.

Em 1995 é dada continuidade às tentativas de outros convênios, além do SUS. Como Regras do regimento para esses atendimentos:

- Não haverá área exclusiva para pacientes de Convênios, porém de modo preferencial utilizar-se-á a **Policlínica** (4º andar central) e a Emergência Cirúrgica (9º andar);
- Disponibilização de 20% dos leitos para convênios;
- 80% para SUS;
- Garantir a participação do segmento de ensino no atendimento de pacientes de convênios;
- Igualdade de atendimento convênios e SUS.

Nota-se a partir daí tentativas à revelia da Reitoria e de argumentos em torno do atendimento gratuito em hospitais públicos. Como forma de amenizar os confrontos, os pacientes particulares já não assumem mais a ‘caracterização pacientes diferenciados’. É atribuído tratamento isonômico, mesmo para finalidades de pesquisa. Porém as denominações diferenciadas explicam o funcionamento na prática. O 4º andar passa a ser denominado de Policlínica.

Em 1996 é pensada a criação de conta de fundo comum para distribuição de honorários aos servidores e funcionários dos hospitais. O HC do Rio de Janeiro sugere a criação de um Convenio Universal, onde os honorários revertem para a instituição nos moldes do SUS.

A **Policlínica** continua em 1997 e em 1999 tem a Adesão via Gazeta do Povo para atendimento a convênios particulares.

A vice-coordenadora do curso de Farmácia pede para sair de comissão designada pelo conselho de Administração do HC, para realizar estudos referentes ao atendimento pelo hospital, de pacientes particulares e/ou conveniados do sistema privado por não concordar

com a **forma de encaminhamento dos trabalhos** da comissão. Na semana seguinte retira solicitação e sugere a inclusão na comissão de acadêmico do curso de Medicina. Os motivos para solicitação de saída não foram registrados.

No final de 1999 a direção do Hospital de Clínicas precisa '**prestar esclarecimentos**' ao Conselho Municipal de Saúde sobre os convênios privados. Os representantes do SINDITEST participam dessa reunião e se manifestam contra esse atendimento. O referido conselho recomenda que o HC **não atenda a pacientes através de convênios que não o SUS**. Porém em 2000 é novamente discutida a implantação do atendimento através de convênios particulares.

No final de 2000 o Tribunal de Contas da União acusa o HC por **privilegiar pacientes particulares para transplante de medula óssea desobedecendo a fila de espera**.

Em setembro de 2003 ainda são feitas **denúncias de que o HC cobra por procedimentos**. Em média o HC responde a 4 pedidos semanais de esclarecimentos acerca do assunto pela SMS derivados de denúncias de pacientes. Dentre os principais argumentos de resposta agentes do HC manifestam:

“Essas cobranças referem-se a aquisições, pelo paciente de medicamentos ou de materiais que estão em falta ou que não estão padronizados no hospital, e também à realização de exames complementares externos, que não são efetuados nesta instituição por falta de equipamentos ou por não serem ressarcidos pelo SUS (...) o hospital realiza um acordo com o paciente ou familiares para que os mesmos viabilizem estas aquisições.”

Em 2004, com os relatórios, autuações, multas e demandas o TCU proíbe o atendimento a particulares com base na Lei que limita hospitais universitários a prestação de serviços ao SUS. Esse assunto cessa.

A prática do atendimento particular no HC tem como fundamentos iniciais a motivação do Corpo Clínico, que passa a receber por honorários, seguida de argumentos de **sobrevivência** do hospital. Destaca-se o fato dessa prática perdurar por mais de 10 anos em face das inúmeras investidas de órgãos governamentais. A prática se apresenta viável aos agentes mesmo enquanto as leis vigoram. As regulamentações parecem estar do lado de fora do hospital. Estas só passam a ser observadas de fato na ação quando agentes reguladores externos passam para o lado de dentro do hospital insistentemente como o TCU e a SMS. Algumas áreas do HC parecem ter 'vida própria' ao mesmo tempo em que são legítimas à

sociedade e à grupos específicos, a ponto de persistir frentes às pressões governamentais, como o Serviço de Transplante de Medula Óssea. Um dos agentes da área, perguntado sobre o tema atendimento particular e as razões para o impedimento a atendimento particular responde que ‘isso é coisa do governo atual, do governo Lula’. Salienta-se que essa lei foi discutida no final da década de 80 e lançada no início da década de 90, no Governo Collor.

Considerando o contexto de escassez de recursos, o HC percebe que precisa sustentar as bases de sua legitimidade. Dentre as estratégias, o desenvolvimento de relatórios à prestação de contas à sociedade.

4.9.3 Relatórios: dos números à legitimidade

Como resultado organizacional utilizado para avaliar as atividades da organização, desde o princípio, mesmo enfocando discurso sobre o **ensino e mais tarde pesquisa** os números veiculados de fato correspondem à **assistência**.

“Saldo 1962:

- 5006 intervenções cirúrgicas;
- 313 óbitos;
- 4611 altas;
- 40.206 consultas de ambulatório;
- 1254 nascimentos.”

No orçamento para 1964 é feita a previsão de despesas para cada cátedra (professores). Construção de uma ala para **doentes particulares** em terreno do HC.

As relações dos dirigentes do HC com os estudantes se manifestam pouco favoráveis. É solicitado pelos estudantes reserva de 5 a 6 leitos para estudantes que necessitem de atendimento. Como resposta, os conselheiros apontam:

“O HC não pode manter compromissos com quem quer que seja para prestação de serviços pura e simples de assistência médica de servir ao campo da instrução.”
“tem os leitos de que o HC dispõe ou vier a dispor estão distribuídos às várias cátedras a quem com exclusividade se reserva a prerrogativa de internar os pacientes, **selecionando-os na medida em que interessam ao desenvolvimento do ensino,**

obviamente com o objetivo de aproveitar esses pacientes como material de aplicação didática. Qualquer pessoa pode vir a ocupar leito no HC sujeitando-se naturalmente aos interesses didáticos e ao regime vigente na instituição. Seria uma forma de discriminação que, num estabelecimento a que ocorrem diariamente centenas de indigentes e desamparados, significaria privilégio ” (Ata 11/09/1963).

É por essa resposta que se pode identificar algumas práticas de ensino. Em primeiro lugar que o paciente é visto como material de aplicação didática. Tal material é constituído por indigentes e desamparados. Outro aspecto dessa prática constitui-se na condição da cátedra de ter exclusividade sobre a prerrogativa de internar pacientes selecionando-os em acordo com os interesses do ensino. Nota-se aí que o hospital é ainda bastante fechado, com regimes próprios.

Em 1964 o MEC em visita ao HC levanta necessidades do HC: necessidade de se criar novas normas para admissão de pacientes de interesse científico das cátedras, mediante solicitação do professor catedrático.

Em janeiro de 1975 já se tem números de atendimento aos beneficiários do INPS:

742 pacientes.

30 internados

374 exames

Em 1985 a noção de **indicadores** passa a ser utilizada no HC, principalmente em decorrência da avaliação da **viabilidade** dos convênios bem como das auditorias a serem apontadas por órgãos fiscalizadores. As primeiras definições constam na Auditoria Médica

1 – consultas marcadas e atendidas;

2 – índice de consultas programadas e realizadas;

3 – número de consultas atendidas por consultório por período;

4 – tempo para marcar consultas;

Nota-se a partir de tais indicadores que a assistência passa a ser prática fortalecida no HC, principalmente no que tange à busca por legitimidade e em conseqüência por recursos advindos de argumentos em torno de indicadores e números de **atendimento**. É possível

perceber que os indicadores passam a estabelecer ritmos de trabalho ao cotidiano do hospital em todas as esferas. Muitos professores indagam sobre a inviabilidade de se **praticar bom ensino e conseguir tempo para a pesquisa**: a **produtividade** passa a ser critério de avaliação do hospital.

Na sequência relatórios acerca dos números de 1990:

Consultas Eletivas	Paraná	HC	
Consultas eletivas	15.967.302	331.648	2,08%
Consultas Emergenciais	2.759.364	114.465	4,15%
Internações	634.716	18.967	3%
Exames			9,8%

Exames em Curitiba – 23,7 são do HC

Consultas Curitiba – 48,95%

Em 1992, são divulgados novos saldos de 1991:

Fluxo de caixa do HC – Demonstrativo de Resultados de 91

Ativos – Cr\$ 1.719.404.872,96

Passivos – Cr\$ 1.719.404.872,96

Superavit operacional – Cr\$ 1.025.302.490,63

Fevereiro 92

Receitas – US\$ 25.589,548.75

Despesas – 28.061,742.41

Déficit – US\$ 2.472,193.66 (encargos sociais não pagos desde Nov/91)

Outros números específicos da Assistência – consultas, internações, cirurgias e exames.

Em 2001, novos relatórios são veiculados:

Ano	Número de funcionários (FUNPAR)	REITORIA	Razões
1995	2158	1562	Redução pela extinção de todo o quadro de funcionários da enfermagem da área crítica (serviços de emergência, UTI, tmo, clínica pediátrica). Consequências dificuldades de ampliação, estresse, qualidade do serviço.
96	1760	1963	
97	1575	2054	
98	1522	2038	
99	1497	1972	
2000	1466	1901	

Outros levantamentos que incluem as relações com veículos de comunicação 2000:

- Atendimentos à imprensa – 200 por mês;
- Release – 4/5 por semana;
- Matérias positivas no primeiro trimestre 2001 – 70; matérias negativas 14;
- Outras informações (faturamento das áreas);
- Serviço do centro cirúrgico é importante na movimentação econômica e existe a possibilidade de dobrar o número de cirurgias.
 - Glosas de internação (1998 a 2001) – R\$ 1.859.741,89 (ex. cota autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde é de 2708 procedimentos por mês, no valor máximo de R\$ 18.519,98. No entanto o HC produziu no mês de março de 2001 6.715 procedimentos no valor de R\$ 41.930,05. O excedente ficou glosado e representa prejuízos ao HC.

O Diretor do Corpo Clínico apresenta:

- Solicitações externas de cópias de prontuários 250 por mês;
- Problemas com preenchimento de prontuários, descrição de cirurgias, evolução clínica, e AIHs – 25 por mês;
- Reclamações de pacientes 795.

Os resultados, com algumas pequenas correções no registro dos procedimentos evidenciam aumento no faturamento do hospital. A criação de alguns formulários, a maioria sob responsabilidade dos Residentes. Quanto aos professores e o cumprimento da jornada, tem poucas mudanças; e professor da Pediatria sugere **compensação Financeira** aos profissionais que efetivamente cumprem a sua função e carga horária dentro dos departamentos.

Balanço: 40 anos de HC – 2001

Custo total mensal	5.550.000,00
Para pagamento de servidores	2.600.000,00
Para pgto de funcionários da FUNPAR	1.800.000,00
Custeio	1.150.000,00
Arrecadação do MEC pagamento de servidores	2.600.000,00
Convênio entre MEC e MS	250.000,00
Serviços prestados ao SUS	2.400.000,00
Déficit mensal	400.000,00

Em 2002 são discutidos mais números da ouvidoria entre os meses de julho e agosto pela direção geral:

Resultados da ouvidoria:

- 99 reclamações;
- 2 sugestões;
- 4 elogios

Nota-se que os demonstrativos apresentados e discutidos pelo HC não contemplam os resultados do ensino e da pesquisa, apenas os resultados assistência. Outras apresentações se concentram num dos principais problemas do HC, os recursos humanos e a origem de suas contratações. As contratações pela Funpar inicialmente aconteceram depois que o Fundo de Reserva chegou à exaustão. O aumento dos atendimentos/leitos fez com desperta para a necessidade de se aumentar o quadro de assistência, como o MEC não disponibiliza recursos nem abertura de vagas a Fundação, que repassa os recursos ‘da produção’ do HC passa a contratar também funcionários o que inicialmente foi sugerido pelo MEC e mais tarde condenado pelo Tribunal de Contas da União.

Destaca-se também as pressões sociais advindas de pacientes e familiares de pacientes quanto ao atendimento. Esses números passam a ser possíveis depois das políticas de humanização do Ministério da Saúde, na década de 90, e as auditorias de agentes do SUS. O paciente não pode mais ser percebido como material diadático. Ele interage ativamente com os profissionais do hospital. Importante lembrar que os espaços de interação com os pacientes e familiares estão concentrados no **leito**.

Os leitos no HC são considerados espaços possíveis para as três funções desempenhadas no hospital – é o lugar de interação direta entre profissões e profissionais. No HC leitos e outros espaços físicos são espaço de relações de poder entre profissionais de diversas áreas da medicina e da saúde. O **Espaço Físico e a localização** são revestidos de significados como **relevância** dos serviços, das especialidades, das profissões no contexto do hospital.

4.10 ESPAÇOS FÍSICOS: EXPRESSÃO DAS RELAÇÕES DE PODER

Em 1968 se dá a primeira manifestação de cerceamento físico no HC. A justificativa para o fechamento de entradas do HC é dada pelo fato de se tentar evitar **inconvenientes**. Além disso, a liberação do anfiteatro e salas para realização de eventos também são temas constantes de discussão entre agentes.

Para se ter uma idéia da importância do espaço físico no HC, exemplifica-se com a pergunta do Departamento de Cirurgia – “onde vamos instalar as diferentes disciplinas do Departamento de Cirurgia, não há leitos suficientes para todas as disciplinas.” A resposta do Diretor Geral recorre novamente à comparação quando aponta que visitou vários centros nos EUA e mesmo em grandes e famosos hospitais os leitos de especialidades cirúrgicas não poderiam ficar concentrados num só andar ou ala, ficando os doentes distribuídos em diferentes serviços. Destaca-se a importância da concentração de andares, alas blocos para as áreas para os atores. Embarca nessa discussão a área de Otorrino que demanda recursos e espaço. Em 1971 outros professores apresentam planos de implantação de UTI.

Dentre as solicitações é atendida a de um professor (na época fundador e presidente da Medipar) e são construídos 90 leitos com verba de 2 milhões de cruzeiros. Outro professor solicita uma das dependências do HC para a sede **provisória** do departamento de Medicina Preventiva.

Um Surto de Infecção fecha a Maternidade em maio de 1973. O Secretário da Saúde aponta sobrecarga do Hospital Maternidade Victor Ferreira do Amaral (este era da Reitoria e acabou sendo alugado/convênio. Porém não receberam os valores de Crs 92.000,00). Com o fechamento da maternidade no HC a proposição é de que o 5º andar seja direcionado para pacientes infectadas da Maternidade Vitor Ferreira do Amaral, ao invés disso reter a MVFA para a maternidade do HC. A intenção é reverter tal convênio, restabelecendo a maternidade para a responsabilidade do HC- UFPR. Essa interação conflituosa se estende por décadas até a MVFA ser reincorporada ao HC.

A Neurologia conquista o 13º andar do prédio principal. Outro episódio marcante para as delimitações de espaços foi a decisão do conselho de administração em escolher o 4º andar do prédio central, próximo ao centro Cirúrgico, e deslocando as “disciplinas de otorrinolaringologia e oftalmologia para o 13ª andar”. A promessa é de colocá-lo no 2ª andar.

O professor da área advoga o não desmembramento da Otorrino defendendo a localização nas salas ocupadas pela seção de odontologia e Junta Médica. Outro professor advoga que não deve ir para o 13º andar por falta de espaço físico e sede o local para pequenas cirurgias. Discussões culminam na força da decisão do conselho de administração.

Em 1984 é criada uma Comissão para Radiologia visando resolver impasses de localização. Essa comissão é composta por ‘elemento neutro’, com poder de decisão, a ser indicado pelo diretor geral, diretor médico e pelo chefe do serviço de radiologia. A criação de **comissões** é uma prática recorrente no HC na maioria dos impasses do conselho de administração. Várias comissões são criadas temporariamente até que sejam investigadas por professores escolhidos geralmente membros do próprio conselho. Apresentam resultados e possíveis alternativas que votadas e aprovadas desfazem tais comissões imediatamente, nesse caso, assim que são decididas e endossadas as distribuições de espaço físico. Outras comissões ou comitês têm existência prolongada, dependendo da natureza das atividades a que se envolvem.

Nessa mesma época é proposta de **extinção da área de Isolamento Geral do 3º andar Central para dar lugar à unidade de Transplante de Medula Óssea**. Professores questionam como ficariam os casos de isolamento das várias clínicas. A resposta da Direção e do Conselho é de que ficariam nas respectivas clínicas. O professor da Pediatria afirma que **embora o transplante de medula óssea seja um programa altamente relevante, a eliminação do Isolamento não se justifica, dado o fato de trazer imediato descredenciamento da residência de pediatria. Para esse professor seria absurdo eliminar um serviço que atende todo o hospital para instalar uma subespecialidade**. A argumentação em favor das novas condições é sustentada com a afirmação de que o programa de transplantes tem projetado o HC e a UFPR. Insiste professor da Pediatria que isso implica em hipertrofiar o HC considerando que atende pequena parcela de pessoas. É um professor da Clínica Médica que intermedia as negociações. Como se pode observar, os professores e departamentos acessam constantemente os recursos alocativos, no caso espaço bem como autoritários, nesse caso as posições de Diretor Geral e Diretor de Clínica Médica configuram-se entre os agentes de maior capacidade de mudança. Observa-se que o Serviço de Transplante de Medula Óssea é parte da Clínica Médica. Além disso, a **visibilidade** que departamentos e serviços passam a ter para órgãos governamentais, e mais tarde à sociedade,

passam a constituírem recursos com grande potencial para agentes. Em 1984, o Transplante de Medula Óssea vai para o 12º andar.

A participação de congregações religiosas no HC- UFPR também se estende à década de 80. A Província Brasileira da Congregação das Irmãs de Caridade São Vicente de Paula, por exemplo, as irmãs trabalham no Hospital em regime de clausura no 6º andar da maternidade. Compete ao conselho negociar salários e horários. No final de 1985, a continuidade das freiras no hospital, é considerada do ponto **de vista financeiro interessante, mas o serviço é problemático**. Destaca-se aí o pragmatismo das decisões de conselho.

No final de 1986, mudanças são definidas no conselho com relação à distribuição do espaço físico. A nomenclatura para tal movimentação – Reajuste de Distribuição Física do HC.

Reajuste de distribuição física do HC: (andar)

15º CENTRO DE TRANSPLANTES – mais tarde Transplante de Medula Óssea

14º Pediatria.

13º Otorrinolaringologia, oftalmologia cirurgia pediátrica e cirurgia plástica.

12º Nefrologia e Neurologia.

11º Clínica Médica Feminina.

10º Clínica Médica Masculina.

9º Ginecologia e Urologia.

8º Neurocirurgia e Cirurgia Geral.

7º Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Torácica e Cardiovascular.

6º Ortopedia e UTI.

4º Desocupação desse andar pelo transplante de medula óssea, passando a ser utilizada para **internações particulares da Pediatria**.

Para cada andar são reservadas de **2 a 3** salas para aulas técnicas.

Previsões para a construção de outro prédio, abrigando outros serviços de suporte.

Prédio central – somente para clínica e cirurgias.

Instalação de pronto socorro no HC.

A proposta para instalação do Pronto Socorro no HC passa pela seguinte proposta: construção de um prédio novo, sob a forma de consórcio: Ministério da Previdência Social cede o terreno, a Prefeitura municipal edifica, o Ministério da Saúde financia e equipa, o HC fica responsável pela assistência. Professores aprovam a medida considerando a importância para o ensino em todas as áreas.

No final de 1991 é feita a redistribuição da área física do HC pelo Conselho de Administração:

Redistribuições:

Locais		
Ambulatórios	Anexo B (1° ao 6°)	
Internamento	Bloco Central (4 a 15)	
Serviços de Diagnóstico	Anexo A	
Centro Cirúrgico	Bloco Central 3°	
Transplante de Medula Óssea	Bloco Central 15°	Nova Unidade
Administração	Bloco Central 1° Pavimento	Expandido para o 2°
Pediatria	Não será construída dentro do HC	Área Capanema
Bloco F – será construído via demolição de anexos C e E		
Pesquisa	4,5,6, 8 pavimentos	514m ²

Em 1997 retorna-se a discussão em torno de instalações. É comunicada a impossibilidade de instalar a Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica no 6° andar central, aprovada por este conselho anteriormente, devido a não concordância com a permuta de área física entre a seção de Emergência Central e o Serviço de Traumatologia e Ortopedia. Como

alternativa, foi proposta a instalação desta unidade no 2º andar central, ao lado do Serviço de Hemodinâmica, com a vantagem de todos os procedimentos cardiológicos estarem concentrados naquela área do hospital.

Em 1998, o Chefe de Otorrinolaringologia demanda expansão física do departamento, em decorrência do **volume** de atendimentos - 250 atendimentos por dia. O Departamento de Oftalmologia também compete por espaço e por números – 2.550 atendimentos mês, fazendo comparações de números com a Otorrino, que faz 2047 por mês.

Em 2000, a Farmácia hospitalar é integrada ao curso de Farmácia, com estagiários. O Chefe de Departamento de Farmácia comenta que o espaço a ser utilizado pela Farmácia Ambulatorial havia sido solicitado anteriormente pelo departamento para instalação da Farmácia-escola da UFPR e aproveita para expor que estão sendo enfrentadas dificuldades para seu funcionamento, em especial no que se refere à localização, estrutura física e oferta de estágio aos acadêmicos do curso de farmácia.

Em meados de 2003 a Medicina Forense e Psiquiatria – **reivindica** 10% dos leitos para atendimento a pacientes com problemas mentais. Solicitam leitos do 4º andar ocupados pela Clínica Médica (Policlínica/ Particulares) que manifesta não abrir mão.

Em 2005, a Psiquiatria continua a peregrinação por melhores condições do espaço físico para pacientes e para o ensino apelando para as condições impostas na legislação. Outro professor afirma que no HC existem **espaços fechados**, como exemplo o Transplante de Medula Óssea, onde o acesso é restrito e a equipe multidisciplinar, que possui uma metodologia específica e permanece subordinada exclusivamente ao Serviço e não às demais áreas da instituição.

Em 2007, o departamento de Clínica Médica expõe o fato de que todas as disciplinas **tinham seus espaços específicos, porém com o passar dos tempos e com o objetivo de melhorar a assistência, o Departamento perdeu uma considerável parte desses espaços.** O departamento **perde inclusive, todas as salas de aula** e algumas disciplinas não têm onde realizar suas reuniões clínicas, como é o caso da Reumatologia, Pneumologia e Propedêutica Médica.

O curso de Nutrição também continua perdendo espaço e bate de porta em porta à procura de sala para a Nutrição Metabólica. E em 2008 continua sem espaço apropriado.

O curso de Enfermagem, no final de 2008 ainda não tem espaço do HC. A chefe do departamento de Enfermagem, faz a solicitação de disponibilização de um espaço físico no HC para atender o planejamento do curso de Enfermagem para o próximo ano letivo. O curso não conta com nenhuma sala nas dependências do HC. A professora recorda a importância de haver uma socialização das salas de aula localizadas nesse nosocômio (esse termo aparece no final de 2008 e começa a ser empregado nos registros). O diretor geral concorda que detentores de salas de outros departamentos resistem à socialização e que tenta vencer lentamente esse problema. A grande demanda acontece pela manhã e os departamentos não estão dispostos a alterar sua programação para utilizá-los no período da tarde. Como o ensino é matutino, não há professores durante a tarde. Reafirma-se o problema, no HC com relação ao não cumprimento de jornadas integrais, de 40 horas.

A partir do exposto destaca-se inicialmente a força da Clínica Médica no sentido de absorver espaços, em especial o Transplante de Medula Óssea que pertence à essa área, porém mais tarde passa a ser considerado como um ‘espaço fechado’ culminando no Serviço de Transplante de Medula Óssea. A área de Pediatria se destaca principalmente pela figura de um dos professores, que consegue barganhar e manter espaços conquistados. Outros cursos do Setor de Ciências da Saúde passam a incrementar os níveis de complexidade do hospital na medida em que o hospital passa a ser contexto de luta por posições e espaço. O Setor de Ciências da Saúde passa a tentar intermediar essas interações de maneira bastante acanhada, tendo em vista que a direção desse setor é desempenhada por professores da área médica.

4.15. RELAÇÕES ENTRE O HC, SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E UFPR: INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS?

Em meados de 1971 se resolve por em discussão a necessidade e importância do entrosamento entre o **ensino** e a **assistência** quando o diretor geral faz algumas considerações acerca do melhor entrosamento que pretende imprimir entre a Faculdade de Medicina e o Hospital de Clínicas na sua gestão. O que sugere que o hospital e o Curso de Medicina apresentam limitações à interação.

Na área de Farmácia argumenta-se que ao invés de se adquirir dos laboratórios particulares, soros de diferentes espécies os mesmos poderiam ser fabricados pelo hospital desde que os funcionários pudessem trabalhar horas extras. Ressalta-se que o curso de Farmácia enfrenta até a atualidade dificuldades para pelo menos fornecer estágio aos alunos do curso.

“onde quer que atue a Universidade Federal do Paraná, o setor de Ciências da Saúde e o Hospital de Clínicas o acompanharão. (1975)

Já na ducentésima reunião entre chefes de departamento e direção, em 1977, contam com a participação da direção do Setor de Ciências da Saúde, o conselho de Administração passa a ser denominado de Conselho de Administração e Planejamento. As frentes reafirmam que a “interrelação é indissolúvel entre o Setor de Ciências da Saúde e o HC”.

Embora a indissolubilidade continua anunciada na prática discursiva, algumas crises decorrem de práticas inconsistentes como a conflituosa interação entre o que parecem ser dois sistemas: **assistência** e **ensino**. Professor da Clínica Médica expressa dificuldades administrativas em virtude de inapropriado interrelacionamento entre o Dep. de Clínica Médica que dirigia em 81 e a Administração/Direção do HC. Decorrente disso as discussões em torno da atualização do Regimento do Hospital passa a ser demandada, em especial para que sejam esclarecidas as atribuições dos membros participantes. Lembra-se que o primeiro regimento é de 1961. Em 1974, outro regimento fora aprovado pelo conselho, mas não por órgãos superiores da Universidade, impedindo-o de vigorar em termos legais. Um exemplo de dificuldade de se estabelecer o regulamento consiste na contratação de médicos do hospital sem consulta do departamento.

A partir do segundo semestre de 1982 um dos conselheiros propõe a participação no Conselho dos cursos de **Enfermagem** e **Nutrição**. Tal solicitação inicialmente não passa de

comentário. Importante lembrar que esses cursos já estavam instalados no Setor de Ciências da Saúde, porém ainda enfrentavam dificuldades para conseguir espaço para alunos fazerem estágio, salas de aula, laboratórios dentre outros recursos. Tais limitações se estendem temporalmente.

Em 1983 é posta novamente em discussão a entrada de outros cursos do Setor de Ciências da Saúde no Conselho de Administração do Hospital, quando se afirma que o Diretor do Setor de Ciências da Saúde já representa outras áreas que não estão no conselho, evitando **‘a existência de um super-conselho’**. Para alguns existem duas estruturas a do HC e do Setor de Saúde. Para o professor da Clínica Médica (mais representativa em termos de número de profissionais, disciplinas e atividades) afirma que devem participar do conselho de administração aqueles que **comandam** a ação médica do hospital. Até aqui, apenas a **classe médica** compõe o quadro dos que comandam a ação médica do hospital. Alguns professores concordam com a limitação apontando possibilidades de **hipertrofia do conselho com a possível criação de um conflito entre departamentos e serviços, como por exemplo, entre o departamento de Enfermagem e a direção de enfermagem do hospital**. Nota-se aí que as atividades do HC em termos de ensino, pesquisa e assistência estão bastante centradas na **medicina**. Não há espaço anunciado para interrelação entre as demais áreas do setor de Ciências da Saúde da UFPR. Para se ter idéia a própria Direção de Enfermagem do HC não é composta por professores do Departamento de Enfermagem. Nunca o foi.

Em decorrência da greve em 1984 e do “enterro simbólico” publicamente desencadeado por funcionários, professores e médicos residentes, o Reitor sugere a contratação de um **administrador** para o HC. Um professor conselheiro sugere que **esta seja a hora de união do HC com o Setor de Saúde**. Para tanto, propõe que o Diretor do Setor seja o presidente nato do conselho, pela importância da contribuição para o ensino que é fornecido pelo hospital, **em lugar do Diretor Geral**. Para esse professor, se o HC for dirigido por um administrador, esta é mais uma razão para que o conselho seja dirigido pelo setor. Os substitutos em acordo com o regimento são: dir. técnico, dir. médico, dir. corpo clínico. O conselho admite que **seria melhor que esse administrador fosse médico**. É aventada também a possibilidade de eleição, o que não aconteceu. Quanto ao **administrador**, conselheiros travam discussão sobre a **falibilidade de modelos de hospitais americanos (que tem em seu quadro administradores) no HC**. A partir de então, embora vários eventos tenham sugerido a necessidade de gestão, ora por contadores e agora por

administradores esses não ocuparam espaços de decisão de fato, em especial pelos argumentos em torno da falta de conhecimento de profissionais de outras especialidades acerca dos problemas de um hospital.

A entrada do Curso de Enfermagem no Conselho de Administração do HC, é discutida em 1985, após ter sido encaminhado ofício do Dep. de Enfermagem ao diretor do Setor de Ciências da Saúde e deste para o diretor geral do hospital, consta no texto:

“(…) Tendo em vista que os departamentos didáticos do setor de ciências da saúde que desenvolve atividades de ensino e assistência no HC fazem parte do conselho de administração do referido hospital, e considerando que o departamento de enfermagem desenvolve 70% das suas atividades teórico-práticas no hospital e que recentemente houve inclusão de outros departamentos nesse conselho, vimos solicitar a inclusão do departamento de Enfermagem do setor de ciências da saúde no conselho.” (22/04/85).

Nota-se o tempo percorrido entre o curso de Enfermagem e a direção do HC, composta por professores da área médica. A Enfermagem é grata por receber auxílio financeiro do HC para o curso de especialização. Mas ainda não entrou no conselho.

Em 1986, é feita a Regulamentação da Prática Médica farmacêutica no HC. Demarca-se a entrada incipiente do curso de Farmácia nas atividades dos HC.

Em 1989, quando são lançadas as discussões em torno da identidade do HC, e se tenta reforçar o papel de assistência à população, algumas ponderações são feitas no que tange às relações entre os diversos departamentos do Setor de Ciências da Saúde quanto à capacidade de alguns departamentos para assumir a assistência. O diretor de Clínica Médica aponta para a situação do Departamento de Enfermagem, como resultadado do próprio descaso do departamento com as práticas de assistência no HC:

“o departamento de enfermagem que está bem próximo, e não é quem lidera a enfermagem do hospital. Se na época queria ou não queria assumir, ou se podia ou não assumir por falta de pessoal, o caso é que não assumiu. Hoje mesmo havendo o departamento, quem lidera a enfermagem não é o Departamento de Enfermagem. Por exemplo, a enfermagem quando quer dar uma aula, ela vem ao Hospital de Clínicas, usa o hospital e vai embora”. (06/1989)

Como resposta a professora chefe do Departamento de Enfermagem observa:

“que para sua surpresa percebeu no organograma do serviço de enfermagem uma exclusão total do departamento de enfermagem, que se ignora a existência desse departamento de ensino se levarmos em consideração o organograma que foi discutido dos departamentos médicos.” (06/1989)

Essas relações são manifestas em outros departamentos, como Nutrição, que conforme Chefe do Departamento de Nutrição também não aparece nos organogramas do HC para assistência, tampouco para direção de serviços médicos. Em resposta, a direção geral afirma:

“que o organograma apresentado diz respeito aos serviços médicos do HC e que os departamentos de Enfermagem e Nutrição servem-se do hospital de clínicas para o ensino mas infelizmente não tem assumido papéis ou funções na dinâmicas assistenciais ou administrativo gerenciais nos serviços assistenciais do hospital”. (06/89)

Contrariadas as chefias dos dois departamentos apresentam as ações desenvolvidas no HC como mecanismo de comprovação de atuação na assistência: a Nutrição com o **ambulatório** de nutrição que é desenvolvido por professores do departamento; a Enfermagem tem interagido em apoio ao HC através da **comissão de educação permanente** da Direção de Enfermagem. A partir dessas argumentações o diretor geral acolhe as inclusões, a partir de **linha tracejada** desses departamentos no organograma.

Em março de 1990 são feitas eleições para representante de alunos para o conselho. Ausência total dos alunos de Enfermagem. Em meio a isso, o discurso de que quem faz do HC um hospital escola é o Setor de Ciências da Saúde e seus departamentos.

A Psiquiatria e a Psicologia passam a ser considerados no HC, dado aos resultados no Transplante de Medula Óssea. Um médico formado na UFPR, com atividades em Paris é pensado para por em prática esse serviço no HC. **Nota-se o não envolvimento do referido departamento da UFPR.**

Até o final de 1990 o Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria não aparecem no conselho de administração do HC. É criado o Departamento de Psicopatologia do HC em janeiro de 1991. O departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, fundado desde 1983, manifesta descontentamento pelo fato desse assunto ter chegado ao departamento de Medicina Forense e Psiquiatria através de ‘**comentários**’ ouvidos no curso de medicina e no HC e se manifesta em ofício 81/90:

“Desde 1983 este departamento vem, insistentemente, lutando para participar das atividades docentes e assistenciais no HC inclusive com representantes oficialmente designados, **sempre sem resultado prático**. (...) Professores possuem formação clínica e aptidão para o atendimento global, nas abordagens de avaliação, prevenção, quimioterapia, psicoterapia, consultoria, interconsultas; os atendimentos supra referidos já vem sendo executados em caráter eventual, sempre por solicitação dos responsáveis pelas diversas clínicas, através de **contato pessoal com os professores**. (...) o Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, reitera sua firme disposição em participar do conselho de administração. (...) **Rogamos ao egrégio conselho de administração do HC, que conceda ao Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria , o direito de colaborar com o projeto do Departamento de Psicopatologia, e implantar**, finalmente, o esquema de participação da psiquiatria no hospital de clínicas, que o departamento de medicina forense e psiquiatria vem requerendo há uma década.”

A reação do conselho consistiu na alegação de que quando precisou dessa área **não havia definição de quem era o responsável dentro do HC**. O convite para participação da abertura do Dep. Psicopatologia foi feito pessoalmente para um professor da Psiquiatria. Tenta-se amenizar as condições a partir da afirmação de que o referido departamento ainda não tinha sido criado, mas que foi contratado o referido médico (Paris) para elaborar o projeto. Com relação ao Projeto de Implantação do Serviço de Psicopatologia do HC, referido médico afirma que ao longo do desenvolvimento desde projeto observou que **em alguns serviços houve necessidade de provar a importância da existência de um psicólogo nos departamentos**. Ou seja, a psicologia não é reconhecida na prática da assistência.

O serviço de Psicologia do HC, por exemplo, foi criado sem a participação ativa do Dep. de Psicologia e algumas acusações são lançadas:

“O Dep. de Psiquiatria sempre foi omissos com relação ao HC - "Nós não trabalharemos de graça no hospital, no máximo daremos aula” - e o hospital não pode ficar esperando que estes indivíduos que são declaradamente omissos tomem decisão. Assim a direção procurou alguém que tivesse vontade de trabalhar dentro de uma universidade, a fim de desenvolver um serviço que tivesse condições de aglutinar duas unidades dentro do hospital e que no passado estavam trabalhando em competição e não em conjunto, hoje os psicólogos já passam um pré-diagnóstico aos psiquiatras; a experiência do Dr. Léo trouxe para o HC a idéia de formar um trabalho que envolva a enfermagem, os doutorandos, os residentes, enfim, todo o atendimento do hospital para dar o suporte ao atendimento do doente como um todo. O que queremos é criar um serviço único em que o psicólogo e psiquiatra se somam na assistência.”

Em decorrência desses fatos esses departamentos se reuniram com a direção geral do HC por 3 vezes visando amenizar os conflitos nas relações. Porém em 1991 o conselho de administração continua sem inserir a participação de Medicina Forense e Psiquiatria e volta discutir esse tema com a formação de comissão para alterar o regulamento do conselho de administração analisando a inclusão da representação do departamento de Medicina Forense e Psiquiatria e a participação efetiva da representação discente apenas em 2000. A entrada da Medicina Forense e Psiquiatria no conselho é iniciada. **A sede do departamento foi transferida do IML para o para o 4º andar do prédio do Setor de Ciências da Saúde, ao lado da coordenação do curso de Medicina,** ainda afastado do hospital.

O Setor de Ciências da Saúde propõe discussão em torno dos papéis do HC frente à novidade, o SUS. Nota-se aí certo atraso por parte da direção do setor com relação ao SUS que há pelo menos 1 ano vinha sendo discutido entre direção do hospital, chefes de departamento e coordenadores de curso.

Desse debate surgem questões como: a quem pertence a biblioteca – à Biblioteca Central ou Ciências da Saúde, HC? Esse fato parece apresentar um viés do HC de se desvincular do Setor de Ciências da Saúde, da UFPR.

“entende que na atual estruturação da UFPR apesar de não concordar com isso o hospital de clínicas administrativamente é independente do setor de ciências da saúde, são duas direções diferentes”. (08/92)

No mesmo ano, alguns professores reconhecem que os Cursos de Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Farmácia têm espaço restrito no HC. Quando esse professor assume a direção do Setor de Ciências da Saúde, este é acusado pelo Diretor Geral de **estar agindo de maneira não integrada ao HC**. Para se ter uma idéia do impacto da afirmação, está relatado que o Diretor de Ciências da Saúde pede para sair da reunião dada a **“ostensividade das observações”**. **Mais tarde, o diretor geral é exonerado pela reitoria e outro professor, depois de eleições, assume a direção geral.** Com a reitoria o Setor de Ciências da Saúde assume novas responsabilidades e passa a interagir com mais proximidade à reitoria e à direção geral.

Em 1996 é fechada a cooperação entre o HC e o Departamento de Educação Física da UFPR – como parte do projeto de implantação da Vila Olímpica construída no Estado. Apoio da Sec. Municipal do Esporte e Lazer para viabilização do curso de Especialização em

Medicina Esportiva. Dentre os cursos envolvidos Medicina, Nutrição, Fisioterapia e Psicologia. É dada importância especial a Disciplina de Ortopedia e Traumatologia com a possibilidade de recebimento de instrumental e equipamentos destinados à assistência médica e recuperação dos atletas. Como consequência também são favorecidos o ensino de graduação e treinamento de médicos – residentes na área de medicina esportiva.

No final de 1996, o Departamento de Farmácia agradece a possibilidade de fazer aulas práticas no HC, o que demonstra as relações tardias do HC com os demais cursos do setor. E em 2007 a Farmácia-escola na Reitoria é instalada na reitoria, com o apoio do Reitor. Porém, em meados de 2008 o curso de Farmácia insiste na relação entre a Farmácia Escola com o HC no sentido de aumentar as possibilidades de atendimento às prescrições do HC.

Em 2002 o Departamento de Enfermagem reivindica espaço para estágio no HC **via reitoria**. Reivindica também isonomia com Medicina no sentido de não precisar fornecer planejamento de estágio. Nutrição e Farmácia também alegam dificuldades para realizar estágios no HC, dado o encaixe de horários. Decorrente disso é proposta a revisão dos convênios com instituições de ensino externas à UFPR para estágio.

Em 2004, o Chefe de Medicina Forense e Psiquiatria questionou sobre ‘quando será discutido pelo conselho o Projeto de implantação de Enfermaria Psiquiátrica no HC’ já solicitado há alguns meses. Em 2007, o chefe desse departamento solicita esclarecimentos com relação **a uma tentativa de suicídio de paciente da urologia**. (pesquisadora presencia). Explicadas as circunstâncias, o chefe de Medicina Forense e Psiquiatria, aproveita para resgatar argumentos à necessidade de se ter espaço físico para atender pacientes com distúrbios mentais no HC e que a responsabilidade de prevenção de suicídio é de todos os médicos de uma forma geral.

Em 2007 o Comitê de Ética na Enfermagem depois de 1 ano de atuação formula Regimento (destaca-se que o Curso de Enfermagem não tem participação) - isso depois que o Conselho Regional de Medicina se manifesta favorável:

“referenda suas finalidades educativas, opinativas, consultivas, fiscalizadoras e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração, atuando como órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (...) tais finalidades **não interferem de forma alguma na atuação da Comissão de Ética Médica, assim como não haveria qualquer impedimento de sua criação por parte do Conselho Regional de Medicina**” (Ata 12/12/2006).

Mesmo depois disso, é solicitado vista do Regimento por parte de outro médico da Coordenação Médica (cargo demandado pela Associação de Médicos): **“Tudo para ficar claro que o Comitê de Enfermagem não interfira outros conselhos.”**

A idéia de implantar o comitê surge em função da necessidade das ações - desenvolvidas pelo pessoal da enfermagem, que apresentem questionamento ético - serem apreciadas por profissionais da mesma área. Alguns professores acreditam que o hospital precisa evoluir e criar um **Comitê de Ética Geral**, mais amplo, que abranja todas as categorias da instituição.

É definido para o Conselho de Ética na Enfermagem que seja constituído por 7 membros titulares, 7 suplentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem eleitos pelos seus pares. A direção do Corpo Clínico interfere no sentido de que o comitê não é representativo e que não é habitual os membros serem eleitos, **mas indicados**. Dentre as atribuições desse conselho configuram: apreciar e emitir parecer sobre questões éticas de enfermagem, encaminhando ao órgão competente de enfermagem da estrutura organizacional e em última instância ao diretor geral do HC para ciência ou ao COREN, quando houver infração no exercício profissional da enfermagem.

Novas tentativas de integração da Farmácia. Depois de 1 ano na reitoria com a farmácia-escola, a professora responsável pela Farmácia Escola tenta estreitar relações com o HC propondo uma via de comunicação com os médicos, residentes e professores que atuam no HC, para que estes possam informar quais os produtos e/ou fórmulas mais prescritas, principalmente aos pacientes ambulatoriais e/ou em alta hospitalar para que possam ser providenciados estoques e matérias-primas para atender as prescrições. Aproveita e solicita autorização para ter acesso ao corpo clínico do HC, a fim de conversar com os responsáveis pelas diversas especialidades. Como resposta professores coordenados e chefes de departamento bem como a direção manifestam que **‘as portas do hospital estão abertas à FESC e que a prioridade é do aluno da UFPR.’**

É possível afirmar que as relações entre o hospital e o setor de ciências da saúde são muito insipientes e instáveis. Curioso é o fato de os mesmos professores que fazem assistência, em especial do curso de Medicina pertencerem ao setor mas refletirem sobre o HC de maneira distinta. Agentes interpretam o setor e o hospital como se fossem 2 posições

diferentes, embora desempenhadas pelos mesmos agentes. Quando se trata de outros cursos essas discrepâncias se acentuam: vários cursos não conseguem espaço para estágio de SUS alunos, espaços para deliberar sobre o HC. As argumentações por parte da área médica se concentram no fato desses cursos não se responsabilizarem pela assistência, argumento vastamente combatido pelos cursos.

Na sequência, observações da coordenação de nutrição do hospital confirmam a baixa atuação do Curso de Nutrição no serviço de nutrição do hospital:

“ A gente até tem relacionamento com o curso de nutrição mas é interno. Ele é um pouquinho mais fechado... No que eu entrei aqui havia um pouco mais de resistência... Da parte da... área de nutrição, com o curso de nutrição... Aí depois de algumas conversas e mudanças de chefe de departamento e com o próprio diretor de setor de saúde, a gente conseguiu uma abertura maior, uma conversação melhor... Então hoje a nutrição já trabalha mais maleavelmente, mais num nível mais tranquilo... Já interage mais com a área de nutrição... a gente não sabe porque ... Se foram problemas de relacionamento de nível pessoal ou profissional, ou a questão era a direção anterior, porque até a própria chefia da unidade aqui quando eu assumi aqui, não tinha, não teve um professor, **não teve um profissional da área para querer estar atuando aqui...** Porque teve uma época que isso era gerenciado por professores e daí acho que começou esse desentendimento, porque o professor às vezes visualiza uma dimensão, o nutricionista visualiza outra e acho que isso desarmonizou um pouquinho... Mas acho que depois, com longo do tempo, foi-se conversando e agora mais recentemente o contato com o departamento tá bem melhor...(...) Porque daí, nós temos a nossa nutricionista que é supervisora técnica, e ela é também a responsável pelos estágios, então ela acaba definindo aqui com o grupo de nutricionistas, a área em que a gente vai querer tá atuando com estagiários. Mas isso, o departamento de nutrição nem o departamento de medicina, ninguém da área onde a gente vai atuar, interfere... A gente só tem um limite de vagas, por unidade. mas não existe interferência da academia com relação a isso.”

Para um dos professores do HC que fora diretor do Corpo Clínico as relações entre o HC, Setor de Ciências da Saúde e UFPR ainda não estão resolvidas:

“Eu sou avaliador do Ministério da Educação na secretaria de ensino superior do MEC Eu faço isso Brasil a fora. O HC UFPR foi classificado como hospital de ensino. A portaria 2400 que normatiza a reabilitação que foi assinada agora no início do ano, em outubro, 12 de outubro parece, ela já vai para um outro lado, o da qualidade, ele já está buscando a qualidade da assistência, a qualidade do ensino, e a qualidade da pesquisa desenvolvida dentro da instituição, mas numa ótica de projetos de interesse da sociedade. Dentro dessa nova ótica, eu não sei por que eu não posso certificar a instituição do estado, eu não sei quem vem para cá, mas a ótica, é que talvez se tenha algumas dificuldades. Tal vez no sentido do que não se conseguiu construir grandes indicadores de qualidade, no sentido do que as mudanças, quer dizer... **Na realidade**

ainda existe um conflito entre hospital e universidade, curso do setor da saúde, curso de medicina, curso de enfermagem, curso de terapia ocupacional, existe um choque de interesses, quer dizer, ainda tem docentes que acham que a universidade entregou o hospital ao SUS e ele se posicionou contra qualquer coisa e ainda existem docentes que só vem isso aqui como um laboratório de medicina, ainda sem o compromisso da responsabilidade.”

Infere-se que as interações sociais entre o HC e o Setor de Ciências da Saúde apresentam rotinas voltadas ao reforço dos conflitos existentes no constructo cognitivo acerca das funções de cada um no contexto do ensino, pesquisa e assistência. Hospital e Setor de Ciências da Saúde se apresentam como sistemas distintos na medida em que reforçam dilemas e contradições em torno o ensino, pesquisa e assistência. Desperta curiosidade o fato de se ter estruturas cognitivas diferentes a ponto de se desenvolver dois sistemas “um de lá de baixo, outro lá de cima” com os mesmos agentes. Além disso, tem-se também as interações conflituosas entre o HC e a UFPR em especial no que tange à Reitoria. As relações dependem na maioria das vezes de ‘quem’ é o reitor, ou ainda em que medida este colabora com a gestão do hospital – entenda-se colaborar, fornecer recursos e não interferir nos circuitos de reprodução do conselho de administração. Um dos elementos problemáticos do HC com relação à UFPR tem residido na FUNPAR – ‘atravessadora’ de recursos que são gerados pela ‘produção’ do HC em termos de assistência. Se as relações entre os cursos do Setor de Ciências da Saúde têm baixa qualidade – Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, e Terapia Ocupacional – as interações com os demais cursos são ainda mais frágeis, expresso na contratação de serviços de outros profissionais e instituições para serviços de diversas áreas como: o caso da psicologia, com um profissional da França, a contratação da FGV para serviços de consultoria consistem em exemplos disso. Na sequência são apresentadas as relações entre o HC e instituições de ensino e hospitais externos.

4.11.1 Relações com outras Instituições de Ensino e Hospitais

A primeira interação com organizações de ensino e hospitais acontece ainda na década de 60, quando o HC empresta um gerador à **UFRGS**. Em 1984 alunos do curso de Fisioterapia da Tuiuti estagiam no HC. No final de 1985, membros do HC participam do sistema de apuração de custos dos hospitais universitários em Porto Alegre. Tal

movimentação é decorrente de processos de regulamentação em nível nacional em termos de estruturas de custos para os hospitais universitários. Alguns hospitais passam a ser referência em termos de gestão financeira.

Em meados de 1987 várias discussões são desencadeadas em torno do convênio com a **APACN** – Associação Paranaense de Apoio a Crianças com Neoplasia, bem como com a **LBA** Legião Brasileira de Assistência (banco de leite).

Em 1990 o professor da Pediatria questiona convênio com o Hospital Cajuru, afirmando que este não é credenciado para residência e que os residentes saíam apenas do HC e não viriam do Cajuru. O Convênio HC/Cajuru para traumatologia é de 1 ano, podendo ser prorrogado, tendo como finalidade o estágio prático para formação em traumatologia de médicos residentes do 3 ano, com 24 horas semanais por residente. O estágio é supervisionado pelos chefes de plantão da orto-traumatologia do Cajuru e pelo chefe do serviço de ortopedia e traumatologia do **HC/Cajuru** e da Clínica Ortopédica e Traumatológica do HC. Nota-se aí um convênio intermediado por professor que tem atividade comum entre os hospitais. A intervenção de outro professor da área de Pediatria revela a dimensões pragmáticas da conduta estratégica. Nota-se a importância de se ter residentes que também venham ao HC.

Em 1994 iniciam as relações entre HC – **FGV** para o Programa de Qualidade no hospital. Nota-se aí a baixa relação com outros cursos da UFPR para desempenhar programas de gestão. A FGV passa a partir de então a desenvolver várias atividades de consultoria no campo da Administração a partir de consultorias basicamente financeiras. Mais tarde, em 1997, o Chefe de departamento de Patologia Médica, relata a solicitação de pagamento do curso de especialização **MBA-Executivo Management** para a chefe do serviço de engenharia hospitalar, a ser realizado pela Fundação Getúlio Vargas (400 horas, R\$ 12.300,00). Conselho solicita verba ao diretor financeiro, e “em vista da importância do curso, caso não haja possibilidade de ser atendida pelo hospital, sugerimos o empenho junto a Associação dos Amigos do HC”. A partir daí é possível perceber estreita relação do HC com a FGV, em detrimento de relações com o setor de Ciências Sociais Aplicadas. Final de 1998, a engenheira pede afastamento com ônus parcial ao HC para fazer mestrado por 2 anos em Engenharia de Produção; em 2000 sai da direção do HC.

Em 1996 o Departamento de Saúde Comunitária reconhece a Acupuntura como especialidade médica e recebe alguns especialistas e presidentes de Instituto Chinês de Acupuntura.

O Convênio firmado com a Sociedade Paranaense de Cultura – PUC é questionado dado a falta de reciprocidade. Refere-se ao convênio com o Hospital Cajuru, e a relação de residentes do HC atuando lá, sem contrapartida no HC. Nota-se que o parece interessar são as jornadas dos residentes na assistência.

O chefe do setor de Ciências da Saúde, reforça várias vezes a importância de uma parceria entre o Hospital, Núcleo Profilático e Hospital do Trabalhador. As relações entre o HC e o **Hospital do Trabalhador** se agravam em 1998 pela ocorrência de transferência de pessoal do HC para o HT sem o conhecimento da direção do HC (esse convênio foi firmado junto à FUNPAR). Esse convênio só passa a ser percebido como viável **depois que o HC não entra na lista de atendimentos de pronto-socorro**, urgência e emergência da Secretaria Estadual de Saúde. Em 2000 o professor da Neurologia, pede Voto de Louvor ao Hospital do Trabalhador pela parceria de sucesso feita há um ano com o HC, SMS, SES. Em outra ocasião é realizada a leitura de cartas pacientes o agradecendo atendimentos ‘na neurocirurgia, no 8º andar’, nessa época atendendo pacientes de alta complexidade.

Com a vizinha **FESP** o HC em 1997 tem parcerias no sentido de empréstimo de salas e auditórios entre si. O Conselho quer revisar o acordo dado ao trânsito de alunos no Hospital configura-se como principal argumento as questões de segurança, quanto à entrada de **estranhos** no hospital.

O departamento de nutrição insiste na revisão **das contrapartidas dos convênios** de faculdades externas, em especial pela dificuldade de agendar horários para estágios.

Em 2002, o **HC de Ribeirão Preto** serve como exemplo de descentralização do agendamento de consultas, que contribuiu para a gestão do referido hospital. Tenta-se obter informações acerca das práticas desse hospital. Também paira a preocupação com relação ao avanço do Grupo Aliança, que para dirigentes do HC “estão tomando conta da maior parte dos hospitais de média e baixa complexidade”. Esquece-se que o HC acordou com o SUS atendimento de alta complexidade.

Estágio irregular no centro cirúrgico acontece com a coordenação geral de enfermagem do HC que é coordenador do curso de Enfermagem de outra Instituição de Ensino Superior - 7 estagiários sem autorização da direção e sem convênio. Aventa-se para sinais de informalidade. Outro caso confirma a constatação, quando uma professora aposentada pela UFPR traz no domingo alunos para fazer estágio sem formalização de procedimento e convênio.

Em meados de 2006 o convênio entre HC-UFPR e **Hospital Pequeno Príncipe** tenta-se iniciar para a realização de exames, **necropsia**. O professor do departamento de Pediatria questiona sobre esse convênio, afirmando que apenas 17% dos óbitos ocorridos no HC foram encaminhados para necropsias e que basta que os departamentos realizem um trabalho de conscientização junto às disciplinas para que aumente o número de solicitações. A defesa do convênio entre outros professores o diretor geral (da Patologia Médica), é sustentada no fato de que se tem por objetivo angariar recursos para manter a unidade de Patologia Pediátrica e Peri-natal, tendo em vista que só HC e IML têm esse serviço. Porém o problema é que professores têm encontrado dificuldades para o setor realizar as necropsias que precisam. Pede-se tempo para revisar a área de necropsia e depois dar resposta ao hospital Pequeno Príncipe. O serviço de anatomia patológica é então chamado no conselho para prestar esclarecimentos. Depois de meses, a posição do professor continua a mesma com base nas argumentações de que **os benefícios para o HC são mínimos e o HIPP precisa disso para o credenciamento da residência médica. O HC dispõe de todas as cirurgias que precisa. O diretor de Ciências da Saúde, propõe prestação de serviços, não convênio**, considerando o pagamento de tais serviços e o conselho de administração se manifesta contrário ao convênio.

Final de 2006, outros convênios são firmados, com a **Fundação de Otorrino e Centro Paranaense de Fertilidade**.

A coordenação do curso de Medicina reclama inversão no quadro de estágios. Para se ter uma idéia, em dezembro de 2005 contavam 150 alunos de outras instituições e 40 de alunos da UFPR. Em 2007 mais de 300 alunos da UFPR e apenas 20 alunos de outras instituições. O que sugere que alunos do curso de medicina bem como de outros cursos de ciências da saúde têm oportunidade de fazer estágio na UFPR em lugar de fazê-lo em outras instituições, bem como o fato de em dois anos algumas instituições não poderem mais realizar estágios no HC.

A renovação do convênio entre UFPR/HC e Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia - **APACN** autoriza médicos da pediatria vinculados à hematologia e oncologia que façam uso das dependências do imóvel que compõe o ambulatório Menino Jesus de Praga.

Os residentes de pediatria prestam 1 semana de Assistência no **Rio de Janeiro** a crianças com dengue dentro das programações de solidariedade do SUS.

Em 2008 é fechada a Cooperação entre UFPR e Centro de Ação Voluntária bem como o Convênio entre Tuiuti e HC-UFPR na área de **Terapia Ocupacional** – cirurgia plástica, pós-operatória.

Com relação às interações entre o HC e outras instituições de ensino ou hospitais pode-se inferir a baixa interação bem como a baixa intensidade das relações. Observa-se que as interações com as instituições são frágeis e limitadas a convênios de curta duração. São relações que não perduram no tempo, não consolidam estudos institucionalizados. Um exemplo dessa fragilidade se apresenta quando em 1 ano instituições têm déficit de 130 alunos em decorrência do fato de professores da UFPR, em especial medicina e nutrição terem levantado a dificuldade de colocar alunos em estágios no HC. Outro ponto a ser levantando se relaciona à prática da informalidade, quando profissionais do HC localizados em outras instituições deliberam sobre os estágios na instituição. Cruzam-se informações de dois agentes do HC, quando: coordenador de medicina aponta para 20 estagiários e a direção apontar mais de 1.000.

Outra característica fundamental das relações estabelecidas entre HC é que estas são marcadas pelo pragmatismo e oportunismo. Destaca-se o exemplo das relações com o hospital do Trabalhador que inicialmente se aparentam inviáveis e mais tarde merecem votos de louvor. Conclui-se que o hospital atua de maneira pouco estratégica e institucional frente a outras possibilidades de relações. As observações frente a outros hospitais são mais permedas de comparação e competição por recursos como atendimento a determinados procedimentos, disputa pela concentração de residência médica dentre outros do que por mecanismos de cooperação frente a inúmeras incertezas e assimetrias decorrentes do Sistema Único de Saúde, que acaba se fortalecendo localmente via Secretaria Municipal de Saúde a partir dessa falta de coesão dos hospitais interna e externamente. Expostas as interações entre o HC, o Setor de

Ciências da Saúde e demais setores da UFPR bem como com organizações externas ao HC faz-se necessário expor a natureza das relações entre os agentes.

4.12. A NATUREZA DAS RELAÇÕES

Para se avaliar esse tema julga-se necessária a atenção à rotinas e à fragmentos que expressam padrões relacionais entre os agentes. Algumas cenas são escolhidas, como por exemplo, os **problemas disciplinares com a isenção de se bater o relógio ponto**. A direção Geral. “**pede aos conselheiros a revogação da aludida concessão exceto dos senhores médicos**”, logo todos têm que bater o relógio ponto, menos os professores do conselho. O não cumprimento de jornada é prática no HC de 1961 a 2008.

As relações com a área de **Enfermagem** foram marcadas por conflitos expressos desde o princípio. Tais relações se manifestam também com a classe externamente. Um exemplo disso consiste na apresentação de ofício pela presidente da Associação Brasileira de Enfermagem pedindo autorização para colocar um armário de propriedade daquela entidade no serviço de Nefrologia. Posto o assunto em discussão os “**senhores conselheiros decidiram que não fosse autorizado tal pedido uma vez que a Associação é uma entidade civil não podendo portanto funcionar com sua sede numa repartição pública Federal.**” O uso da ‘regras’ para limitar os campos de ação do outro consiste em prática entre os profissionais; por outro lado também pode ser desconsiderado se for necessário como por exemplo quando alguns serviços de terceiros foram colocados no hospital.

A partir de 1973 alguns professores passam a ser **convidados** a participar das reuniões do conselho de administração do HC. Até então concentrados. Tais convites estão relacionados a problema enfrentados nas diversas áreas. O convite para participação nos conselhos consiste na prática da **prestação** de contas, esclarecimentos dentre outros, não para participar das decisões, a participação pode ‘**atrofiar**’ o conselho.

A **distinção entre Professores e Médicos** perfaz a estrutura cognitiva de professores e médicos desde as fundações do HC. Estabelece-se uma hierarquia bastante clara entre: Professor Doutor. (Prof. Dr.) e Médicos (Dr.). Tais distinções estão presentes em todos os registros em atas, ofícios, bem como entre as interações. Para se ter uma idéia, apenas um Professor Doutor/Médico pode concorrer a cargos de Direção e Chefias de Departamento e de Disciplinas ou de Serviços. Inicialmente, aos médicos cabe a função de fazer **assistência**. Aos Professores Médicos cabem as funções de **ensino** e principalmente de direção. O tempo

passa e cabe aos médicos a assistência e o ensino (não é regulamentado, mas é legítimo para os professores). Aos professores, o ensino (regulamentado, mas não praticado) e a pesquisa.

As **relações com a reitoria** em especial entre HC e Reitores também constituem em peculiaridades derivadas de cada uma das gestões. Em 1977, por exemplo, o reitor solicita portaria designando professor para integrar conselho de Planejamento e Administração do HC, como representante do departamento de cirurgia. Algumas deliberações de conselho partiam como ‘dadas’ pela reitoria a partir de portarias, ofícios ou ainda comunicados verbais em reuniões. Em outras situações reitores são amplamente criticados pelos membros do HC pelo fato expressarem na mídia informações em dissonância com as observações dos agentes do HC. Um exemplo disso consiste numa ocasião em 81 em que o conselho setorial de saúde afirma que é exigido respeito a ‘**hierarquia de conhecimentos**’.

Salienta-se a importância atribuída à **hierarquia** no HC na condução dos diversos processos. Um exemplo disso fica claro quando um professor traz ofício de melhorias à Pediatria ao conselho de administração antes de encaminhá-lo à direção do hospital. Lembrando o fato de tal conselho ser sempre presidido pelo Diretor Geral, que quando ausente é substituído pelo Diretor de Corpo Clínico. Essa ordem de controle via hierarquia é bastante clara na medida em que se verifica o fato de os sucessores da **Direção Geral** estarem na maioria das ocasiões na **Direção do Corpo Clínico**.

Final da década de 70, quase 20 anos e algumas reuniões são estendidas em torno de discussões acerca do Regimento Geral – dentre as regras a **Enfermagem** passa a ter diretoria, **designada** pelo diretor geral dentre os enfermeiros do Hospital. Nota-se que a Direção de Enfermagem não é composta por professores do Curso de Enfermagem. Nunca o foi. Mais tarde a direção passa a ser denominada de Coordenação, ficando subordinada à direção de Corpo Clínico.

No final de 1986, se propõe um **movimento de moralização** e controle no hospital. Para esse professor, Chefe de Departamento de Pediatia, que o **famoso democratismo acarretou sérios problemas à universidade**. Não se resolve competência e probidade com eleições. É possível perceber de alguns agentes o desconforto gerado pela participação de outros grupos pelo menos como ouvintes em reuniões – tais como funcionários, alunos e demais cursos de ciências da saúde – bem como ao processo de escolha de alguns dirigentes

via eleições e não **indicação** dos membros do conselho como diretores e chefes de departamento e de setor.

Outro ponto importante salientar a idéia de continuidade das '**famílias**' no HC, arrastando as relações para os familiares. O Manual do Aluno (2008) reforça essa idéia quando é dito aos alunos que conservem as instalações porque as "**salas de aula já foram freqüentadas pelos pais e serão freqüentadas pelos filhos**". A **hereditariedade** tem se manifestado em algumas áreas. Algumas famílias têm se destacado na Pediatria, na Oftalmologia, na Neurologia, na Otorrino. Tal hereditariedade não se encontra apenas nas áreas escolhidas, mas também nas especialidades/áreas como coordenação e chefias de departamento.

Um ponto interessante é registrado em 1995, quando a área de Cirurgia é regulamentada sugerindo a possibilidade de **agressões verbais e físicas** entre membros das equipes como médicos, enfermeiros, anesthesiologistas. Tais divergências podem acontecer *in loco* no ato dos procedimentos cirúrgicos.

"VIII- Considerando que cirurgia é um ato que envolve estresse de cirurgiões, anesthesiologistas e auxiliares é importante harmonia entre os membros da equipe para que todos possam realizar a contento sua função. Desta forma, havendo divergências entre os membros da equipe estas deverão ser sanadas mediante intervenção da Chefia Médica do Centro Cirúrgico. Será considerada falta grave agressão verbal ou física entre membros da equipe." (Ata 18/12/95)

Em 1996 a representante do corpo discente da graduação do curso de Enfermagem comunica em reunião de conselho '**que desagradáveis incidentes de relacionamento** vem ocorrendo no Setor de Ciências da Saúde entre alguns alunos do curso **de Medicina e Enfermagem**. Esclarece-se que já tomou conhecimento das ocorrências e está tomando providências para **evitar mais divergências entre essas "categorias"**. Confirma-se a partir daí conflitos entre classes de profissionais, especialmente entre profissionais da medicina e enfermagem. Nota-se que tais conflitos são reproduzidos ainda no processo de formação dos alunos reforçando práticas de clivagem profissional.

Em termos de relação dos profissionais com alguns **serviços** ilustra-se o serviço de **Necropsia como um dos serviços que 'poucos gostam de trabalhar'**, em decorrência, poucos profissionais e acúmulo de serviço. Ilustra-se com a situação de prestação de

esclarecimentos sobre a área com relação ao “acúmulo de cadáveres na geladeira”; “mas não tem nada apodrecendo, está tudo na geladeira, devidamente identificado em saco plástico e com formalina”. A Necrópsia é certamente um dos gargalos da Medicina, poucos profissionais se dedicam a essa área.

Só a partir de 1996 que pacientes passam a ter espaços de audiência que mais tarde culminam em **Ouvidorias** que ilustram as novas condições de relação entre pacientes e o hospital, que passa a ser fiscalizado pela sociedade e pelos órgãos de gestão da saúde.

Na sequência algumas observações da direção administrativa do hospital e as dificuldades de se fazer gestão pessoas em hospitais frente aos desafios enfrentados pelos profissionais da área de saúde:

“Vamos analisar bem friamente hoje, a situação do médico. A grande questão do médico hoje é o salário, porque na verdade assim, ele... Essa história de ele ganhar meio ali, meio aqui meio lá, você não consegue prender o médico. (...) Só que o hospital propicia que ele tenha abertura lá fora, então o hospital não lhe dá o dinheiro, mas lhe dá a fama digamos assim. (...) vê hoje o profissional da enfermagem, por exemplo, está esgotado porque trabalha em dois lugares (...) Praticamente todo o trabalhador da área da saúde, vai chegar num momento da sua vida, ou com uma doença física, ou com uma doença psíquica, isso é praticamente cem por cento (...) tem uma pressão social também em cima. (...) porque você trabalhar quinze anos vendo gente morrer, você entra em depressão, é horrível, é horrível você trabalhar o tempo inteiro vendo gente próxima da morte, é muito isso, eu sei é muito ruim, você chega um momento que meu Deus eu não quero mais, e é assim que a gente fica, se não você vai entrando, sabe, então você tem que ter um suporte muito grande da empresa, do hospital e isso tudo tem que ser discutido, em termos de gestão de pessoas dos hospitais.” (Entrevista, 2007)

Um profissional de enfermagem que atua na direção do hospital narra alguns circuitos de reprodução de práticas entre os profissionais da área médica:

“Eu particularmente não tenho grandes problemas, apesar de ser enfermeira, que isso é uma coisa que eu pensei que eu ia ter problemas, nenhum sabe. Desde que você mostre para eles (médicos) que realmente aquilo não é financiado, se a gente não tem um jeito de resolver isso de outra forma, porque em último caso, por exemplo, a gente tem que aceitar também. Então como ele é o dono do paciente ele faz sem eu saber, ele vai fazendo, vai fazendo, quando você vê o paciente já esta sendo atendido, daí eu tenho que pegar o negócio no meio do caminho, é pior. (...) O que interfere são professores, médicos, técnicos. **O professor ele tem um nível diferente, ele não aceita nada assim...Eu sempre digo que alguns são pai de Deus, porque Deus...Eles têm esses poderes assim, eles são professores e isso é um fato enorme perante o hospital** eles não aceitam. Mas isso é uma coisa que é da cultura, sempre

o professor foi colocado num nível...(...) A gente tem que conscientizar os professores para que a formação dessas pessoas (alunos) seja diferente, e é porque tem uma influencia enorme dentro da formação das pessoas. Então quando chega, e é muito claro. (...) o **residente aqui é a cara do chefe do serviço**, as atitudes... Se o chefe de serviço é rude, é difícil de lidar, é truculento, o residente é igual ele. Ele age da mesma forma. È filhote, é muito gritante. Alguns que são muito tranqüilos, o chefe do serviço (professor) é muito legal. Então ele é muito dez, o residente também são dez assim para trabalhar são ambientes tranqüilos que você consegue sentar e conversar. Agora onde tem uns que são truculentos o residente é igualzinho. **Ele vem de galo, ele vem já cantando. Daí você tem que podar, ‘meu filho a sua crista ainda demora para crescer’. Então é igualzinho, eles têm uma influência enorme. Imagine na faculdade é um ídolo.** (...) todos os profissionais de medicina do hospital estudaram na UFPR, na residência todos são da UFPR. (...) O que acontece é que na residência entra alguns alunos pelo concurso de outras instituições. Então aí sim que fica bem gritante as diferenças. Daí eles sentem o choque de coisas é muito grande. A maioria é da universidade, eles já vem com toda pompa de estrela, ‘eu quero se igual a fulano de tal’.

A direção do corpo clínico expõe acerca do conselho de administração do hospital, conhecido como COAD que contraditoriamente é órgão ‘maior’ do HC, formado por professores chefes de departamento, mas que não se comprometem com a assistência do hospital, mas que utilizam do argumento da assistência para excluir das decisões demais cursos como, Nutrição, Enfermagem, Psiquiatria.

“Então o COAD é acima do diretor geral, paga contas, define coisas a conversar. Então o COAD é composto, interessante isso porque quem realmente faz diferença, no dia a dia assistencial do hospital é o gestor municipal, esse não tem acento nesse conselho, ele até poderia ter porque é o contratador. Tem assim representantes dos funcionários, dos estudantes, dos residentes, tem o diretor do hospital, mas basicamente ele é composto pelos chefes de departamento, diretor de setor e coordenador de cursos da área de saúde, do curso de enfermagem, curso de medicina, curso de bioquímica e farmácia, enfim **são pessoas que não vivem a administração do hospital e que toma as decisões máximas.** O chefe de departamento, eles têm um serviço, eles tem uma parte assistencial dentro do hospital, o departamento tem, mas eles não são comprometidos com isso. O chefe de departamento diz assim: nós estamos aqui para ensinar e para fazer pesquisa eu não quero atender esses pacientes, eu só quero atender pacientes com essa doença aqui.” (Entrevista, 2007)

Um professor, ex-diretor do hospital manifesta que as relações estabelecidas com os professores apresentam na verdade uma falsa sensação de poder, visto que esses agentes são pouco comprometidos com a assistência. Tal avaliação decorre do fato de que para esse professor, os novos padrões do hospital frente às demandas do Ministério da Saúde já estão dados há muito tempo, e são irreversíveis. Porém destaca-se o fato de os circuitos de reprodução dessas relações estarem bastante ativos na medida em que as novas entradas de

profissionais no hospital terem sido capacitadas nas salas da UFPR. Salienta-se a contrariedade desse professor quanto ao espaço ocupado pela área de enfermagem no hospital.

“Cultural, é cultural também a visão de segmentar as coisas. Então a proposta de modelo da unidade funcional teve resistência, e ainda tem uma resistência dos departamentos perante **esse falso poder que o departamento quer**, e uma coisa que eles não entenderam, que você pode ter uma ação assistencial e uma ação de ensino, de departamento e ensino e que tem as suas disciplinas e que **várias disciplinas podem ter uma mesma ação assistencial interna integrada e isso não tira nada do poder do departamento.** (...) A partir do momento em que eu não me escondo atrás do departamento da disciplina que eu faço, eu me exponho. (...) Eu vou voltar ao exemplo do Einstein, conversando com o diretor clínico do Einstein lá eu perguntei sobre isso e ele respondeu: a gente chama uma vez, chama duas, na terceira se o cara não topa, ele não é mais membro do corpo clínico, está proibido de trabalhar aqui. O hospital como o Einstein que tem interesses financeiros, comerciais. Como é que vocês fazem para organizar, já que vocês são um corpo clínico, a gente entra em consenso, a gente define que vai ter um consenso sobre tal situação clínica, e todas as pessoas são convidadas para virem discutir o consenso. (...) Primeiro o COAD está mal formulado, ele está formulado na norma da legislação da universidade, uma visão acadêmica. **Hoje ele atende só uma visão acadêmica de pouco compromisso. Cabe na sua cabeça que nós teríamos um curso de enfermagem em que as docentes do curso de enfermagem não atuam no hospital e que a maioria dos alunos fazem estágios em outras instituições, eles não fazem aqui dentro.** Se você for na universidade federal do Rio Grande do Sul todas as professoras são chefes de enfermagem de algum serviço e todas as alunas delas atuam no serviço nas suas atividades de ensino de graduação, de curriculares normais, de estágio, do que quer que você queira fazer. (...) Só estou dando um exemplo, isso também é um exemplo que também acontece em outras áreas, por exemplo, nós vivemos uma época em que os nossos alunos os alunos da medicina fazem estágio no Nossa Senhora das Graças.(...) Só que o hospital não dá essa oportunidade para eles fazerem, e quando abre os alunos reclamam que eles não têm supervisão nenhuma aqui dentro, lá fora eles têm. (...) **se** você for conversar com os gestores (SMS), os gestores consideram o hospital de clínicas não bom parceiro, vamos dizer assim, se eu for secretário de saúde do município de Curitiba, talvez eu pensasse a mesma coisa, porque se você parar para pensar que os hospitais públicos federais, principalmente os do ministério da educação, eles respondem por aproximadamente 45% do atendimento no Brasil, com uma greve de sessenta dias em uma universidade que paralisa o negócio, eu como gestor estou perdido, eu não posso considerar um parceiro confiável.

A direção Administrativa ilustra uma estrutura cognitiva presente no HC, a de que professores são como os ‘intocáveis’. Essa construção se consolida na medida em que se percebe que muitos professores têm décadas de atuação no hospital sem ter passado por mudanças nos padrões de comportamento. Os padrões de interação manifestam claramente tentativas de se ter o controle das áreas. A metáfora dos intocáveis é apropriada também na medida em que se percebe que a formação dos futuros médicos reproduz tais modelos que são

mantidos mesmo entre os mais jovens, considerando o fato de residentes e médicos terem passado pelos cursos da UFPR.

“o problema é assim, que o hospital, vocês devem saber, tem muitas coisas imexíveis. Como os professores...que é medo de perder a autonomia que eles têm. Como o senhor professor, senhor doutor... Acho que é mais nesse sentido (...) Então a maior média de idade, do maior número de profissionais enfermeiros, está entre 45, 50 anos. Quanto ao tempo de HC é 15, 20 anos.”

A Coordenação de Planejamento confirma a hierarquia entre profissões e entre posições no hospital de clínicas, em especial as distinções entre médicos e professores médicos. Nota-se que os funcionários da Funpar e os enfermeiros são a grande maioria no hospital, porém exercem pouca força sobre o cotidiano do hospital. Porém as greves são na maioria das vezes encampadas pelos funcionários da Funpar. Na assistência o aspecto determinante para essas relações é o paciente, e o ‘dono do paciente’. O dono do paciente é sempre o médico. Profissionais assumem esse constructo em termos de prática profissional constante.

“**Temos** feudos de ensino e pesquisa e das especialidades, departamentos. Porque feudo da FUNPAR, não existe, porque o funcionário FUNPAR morre de medo de ser mandado embora. (...) A enfermagem tem um corpo clínico muito grande dentro do hospital. Como uma força que eles não sabem o tamanho que é, porque se eles soubessem... (...) a força do fazer, a força do número. A enfermagem conhece o hospital. Aí tem a força do médico que é a força lá do próprio poder da categoria. Porque cada paciente que entra aqui, ele é paciente do médico. (...) Uma hierarquia, e isso quando o individuo é professor é pior ainda, o que eu acho errado. (...) ah, ele sabe mais, ele é o bom da boca. Alguns falam que eles são a massa pensante da Universidade. Eu não concordo em nada, quando eles falam isso eu falo assim: “olha lá no laboratório nos estamos publicando um horror, nos temos doutor a dar com pau, e não tem professor, tem dois, três... e o pessoal ta fazendo ciência, ta fazendo ensino”

Para essa enfermeira, que tem doutorado, as experiências com relação às profissões revelam a existência de hierarquia dentro das profissões e entre profissões. Nota-se que as funções de gestão da assistência no hospital estão concentradas nos médicos não na área de enfermagem que possui poucos profissionais na gestão do hospital. Outro aspecto levantado está associado às clivagens de gênero.

“É bastante difícil você gerenciar uma unidade que até cinco anos atrás era gerenciada por um profissional médico e que as equipes que lá trabalhavam tinham, os responsáveis por essas... Que eram pessoas da mesma profissão. Então a enfermagem,

quem gerenciava ou quem supervisionava, eram enfermeiros que era ligado a um coordenador de enfermagem, que era um outro enfermeiro que era ligado ao diretor de enfermagem que era um outro enfermeiro. Então que também tinha uma linha hierárquica dentro da própria profissão. (...) Então assim, foi vista a minha entrada como mais uma coisa que não vai dar em nada. Que não vai dar certo, onde já se viu enfermeira mandando em médico, porque é essa a conotação que se tem. E depois eu acho que pelo fato de ser mulher também. A questão do gênero é uma coisa que ainda pesa bastante, dentro das instituições, de uma forma geral.”

È possível inferir que as relações estabelecidas no hospital apresentam conflitos e disputas de classes obedecendo a duas estruturas: a primeira delas entre profissões, principalmente entre médicos, enfermeiros; a segunda está relacionada às posições dos agentes expressa na hierarquização entre professores e médicos. Um exemplo disso se manifesta no fato de professores serem na maioria das áreas Chefes dos Serviços, mesmo que estes tenham baixa frequência nas atividades de assistência.

No capítulo que segue será apresentado o percurso da Gestão do Hospital considerando todas essas (in)variáveis.

4.13 A GESTÃO/DIREÇÃO DO HC UFPR

A primeira iniciativa de formação para a gestão no HC acontece via pagamento de curso do curso de Administração Hospitalar para os diretores do hospital. Esse curso é fornecido pela Faculdade de Administração e Economia de SP pelo valor de Crs. 6.300,00 anual. Destaca-se que desde o princípio se tem preferência por cursos ofertados pela USP e FGV – São Paulo.

Tenta-se em 1974 resgatar o Regimento Interno do Hospital, isso para organizar o conselho e as atribuições das diversas áreas. É pelo Regimento que a gestão do hospital se orienta.

Na década de 70 os professores estudam a possibilidade de nova estrutura administrativa e operacional para o HC com o secretário geral do MEC, Euro Brandão. A decepção inicial acontece pela falta de verbas do MEC. Na época encontraram-se professores dos hospitais universitários da Bahia, São Paulo, Rio Grande do Sul com problemas semelhantes. Tal reunião foi presidida por Arnaldo Moura que do ponto de vista prático sugeriu aplicação de questionário que será encaminhado aos hospitais universitários. Não conseguiram entrevista com o ministro da Educação e Cultura. Tal descaso do ministério fez Moura pensar em desistir do cargo, daí a dramática formal. O Ministro desculpa-se. Esses eventos demarcam claramente a tentativa de o MEC desvincular-se das responsabilidades financeiras dos hospitais universitários de maneira que os recursos passam a ser encaminhados na maioria das vezes a partir de idas à Brasília com ‘o pires na mão’. As prioridades da época para o funcionamento do HC se concentravam nas instalações das unidades de isolamento, tratamento intensivo, infectadas da maternidade, e a necessidade de admissão de 108 funcionários; esses apelos foram atendidos.

A prática de diretores do HC passa a se concentrar na ‘captação de recursos’ advindos das fontes mais diversas para lidar com emergências financeiras para custeio do HC. A entrada de recursos é geralmente pontual e providencial.

O Conselho de Administração em meio a condições de escassez de recursos delibera salários para a direção do HC, estabelecendo que: um Diretor Geral recebe 15 salários mínimos regionais; para os diretores de Divisão Médica e Técnica, 12 salários mínimos; e para a diretoria da divisão Administrativa, 8 salários mínimos. Nota-se aí a importância do

Fundo de Reserva, ainda existente para tais remunerações. Na sequência tem-se a importância da Fundação da UFPR como ‘repassadora’ dos recursos do HC advindos dos convênios e de outras fontes.

Destaca-se o fato de a administração do hospital ser concentrada em médicos professores. Na década de 80 se atenta para a necessidade de se profissionalizar a gestão do HC. Daí a contratação de um administrador hospitalar, nesse caso um médico administrador. Na sequência apresenta-se esse episódio, que demarca o único momento em que um médico administrador ‘externo’ é contratado.

4.13.1 A Administração na Administração do HC – O Caso do Diretor Administrativo

Considerando a greve dos funcionários, médicos residentes de professores em 1984, as discussões em torno da direção do HC, bem como da sugestão do Reitor da UFPR de contratar um **Administrador**, e as tentativas de controle do Setor de Ciências da Saúde, o conselho de administração da época se adianta e elabora o **edital de convocação para ser publicado nos veículos de comunicação curiosamente do Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba, para Diretor Administrativo**. Dentre as etapas de seleção expostas no referido edital configuram:

- Análise de currículo, titulação superior e especialização em Administração Hospitalar, mestrado e doutorado na área.
- Experiência de 5 anos. Produção intelectual.
- Atividade didática.
- Integração das áreas: clínicas (médicas) e administrativas (não médicas).
- Integração de atendimento e ensino com pesquisa.

Dentre as características desejadas:

- Apresentação pessoal, clareza de expressão e comunicação, **nível aparente** de inteligência e criatividade, capacidade aparente de entender e equacionar

problemas, estabilidade emocional aparente, estabilidade familiar aparente, estabilidade financeira aparente dentre outros ‘aparentes’.

- Exigência de produção científica chama a atenção no processo de seleção.
- Conta também a participação em eventos da área.

Dentre os **43 candidatos, está o professor** Diretor da Divisão Médica, que fica descontente por não estar entre os 3 finalistas, alegando no conselho que observaram apenas suas inabilidades.

A partir desse processo seletivo é possível perceber que embora o HC careça da pontuação de práticas de gestão, da racionalização, de decisões estruturadas, chefes de departamento e diretores do hospital e do setor de ciências da saúde procuram por um **médico administrador**. O reitor abre mão da prerrogativa de decidir sobre quem assume a direção para os professores do setor de ciências da saúde. A partir dessa decisão estabelece boas relações entre HC e reitoria.

Pouco mais de **um mês** de gestão do Diretor Administrativo escolhido o **referido diretor**, recrutado e selecionado pelo Conselho, conflitos de natureza diversa despontam, inicialmente quando o Diretor Geral comunica em uma das reuniões que:

“A presente reunião foi marcada em prazo curto porque na reunião anterior vários assuntos deixaram de ser discutidos devido a ausência do diretor administrativo. Diz que o comportamento do referido diretor lhe tem sido **estranho**, e em sua opinião não tem sido correto com o HC (...) atendendo a convite do Secretário da Educação Superior do MEC. Na ocasião o Referido diretor relatou que a sua posição no HC estava difícil, em função de fatos relacionados com o **processo eleitoral** para Reitoria da UFPR.” (Ata 1985)

Dentre outros motivos, o referido diretor não vai a reunião da ABEM no Espírito Santo para representar o HC. O referido diretor devolve as passagens e alega ausência por estar fazendo exames médicos em SP. Na sequência, em Curitiba, afasta-se por motivo de saúde durante 15 dias, quando retorna a Sorocaba, cidade de onde veio. Nesse intervalo, o conselho investiga o diretor e descobre que alguém solicitou documentos e currículo deste à secretária.

Na reunião do Conselho em (22/10/85) alguns problemas são postos em discussão e com caráter de **urgência**: reforma da caldeira, manutenção, equiparação de salários dos funcionários contratados pela fundação. Ausência de representação na ABEM, discussão do regimento. Membros do conselho questionam a **validade** do afastamento do referido diretor:

“O afastamento do referido diretor não se deve a problemas de saúde o que faz supor que **seja falso o atestado de saúde emitido pela médica da junta médica da UFPR** (...) ele tem faltado com os deveres de Diretor Administrativo para com o HC não tem atuado com clareza necessária para continuar merecendo confiabilidade para ser diretor deste Hospital (...) **propõe o conselho, que ao fim do atestado seja proposta à Reitoria a destituição do referido diretor do cargo de Diretor Administrativo do HC.** O mesmo conselho propõe que a substituição seja feita pela **Srta. Hildecy, na época assessora do Diretor Administrativo.** Alguns conselheiros sinalizam as causas para os acontecimentos: ocorreu progressivamente uma deterioração do relacionamento do Referido diretor com funcionários e mesmo com professores, agravado após início da campanha para Reitoria colocando a atividade administrativa do HC em **crise crônica.** Evoluiu com potencial de alto risco para a **instalação de resoluções imaturas, impulsivas, e por vezes ideológicas.** **O referido diretor desrespeitou o conselho e o HC.** Para o prof. (Pediatria) o referido diretor tem capacidade cognitiva e que havia necessidade de alguém, junto com ele para tomar a linha a de frente. (Ata, 22/10/1985)

Dentre os membros do conselho alguns se manifestam com mais intensidade, como o professor da Pediatria que esclarece que na época da admissão do Referido diretor a comissão de reestruturação do hospital de clínicas. O reitor sugeriu a concessão da Diretoria Administrativa ao Referido diretor, uma vez que o Dr. Veiga havia se aposentado a fim de que fosse possível atingir o teto salarial e que na ocasião o magnífico reitor afirmou que se faria um **acordo de cavalheiros** para estabelecer o tipo de trabalho para administrar o HC.

Na percepção do professor da Pediatria, uma das causas da crise administrativa foi a concessão das seis horas de jornada sem consulta ao COAD - ficando o HC ocioso a partir das 14 horas. Volta-se a discutir sobre a **validade do atestado** pelos professores. Novamente se manifestam os recursos de poder quando se afirma que **o conselho é soberano.** O mesmo registra que o ‘cognitivo’ não é o mais importante, o importante é a pessoa. O diretor administrativo é simplesmente um funcionário, pode ser uma pessoa altamente diferenciada, mas deve apenas **assessorar quem seja de confiança na função.** Propõe que se constitua um grupo de trabalho para administrar o HC.

Diretores e Chefes de departamento encaminham então a solicitação de rescisão de contrato do referido diretor. A anteriormente assessora/secretária assume interinamente a direção administrativa **junto ao Diretor Médico** do HC. Seguindo, contrata-se um Assessor Administrativo, em lugar de Diretor Administrativo.

A partir desse episódio é possível perceber a capacidade de agência dos atores membros do conselho de administração do HC, na medida em que, promovem mudanças nas estruturas de gestão do HC com **agilidade e sagacidade.** O viés personalístico para as

relações é prática que perdura no tempo. O conselho tanto homenageia, promove atos de louvor, bem como destitui personalidades, sempre atribuindo características **pessoais com fundo burocrático**. Quanto ao regimento, constitui-se na expressão do formalismo no HC, mesmo que não seja aprovado pela reitoria ou Universidade; os agentes revisam constantemente mais com a finalidade de ajustá-lo às novas deliberações do que consultá-lo para as novas deliberações.

4.13.2 O Regimento: a regimentação

Decorrente das inúmeras solicitações do departamento de Clínica Médica e da necessidade de se revisar o regimento do HC, alguns professores, chefes de departamento foram incumbidos de formar comissão para as novas proposições do regimento. O professor da Pediatria realiza o estudo que denomina de Organograma sugerindo **reavaliação dos gráficos** de maneira que os departamentos tivessem representação gráfica mais definida no complexo organizacional em relação ao **ensino e a pesquisa**. Até então o problema estrutural parece ser resolvido com a definição de **organograma**. Impasses fundamentais passam a ser percebidos como problemas de gestão dos ‘lugares no gráfico’. Salienta-se a limitação cognitiva de dirigentes quanto a mecanismos estruturais mais amplos. Esse organograma tem atributos de ‘posições’, não lidando com aspectos funcionais e estruturais do ensino, da pesquisa e da assistência.

Um dos conselheiros contra-argumenta embasando sua posição de **descentralização dos serviços assistenciais através de núcleos funcionais**, formados de acordo e o com a natureza e a similaridade técnica funcional dos serviços. Apresenta-se o que dirigentes denominam de **“posição de síntese, onde os departamentos e os núcleos funcionais se integram de maneira harmoniosa. Com essa tese as duas teorias se aclararam.”** (Ata 10/12/1984)

Destaca-se um fato interessante: a idéia de descentralização dos serviços assistenciais através de **núcleos funcionais** – já ter sido lançada em 1984 pelos professores como **síntese** para a gestão do hospital. Incrível é o fato de mais tarde, em 2002, essa mesma idéia ter sido compreendida como inovadora por outros agentes do próprio hospital bem como ter sido

transmitida por **agentes externos**, de outro hospital do país. O problema é que esse grupo de professores **não a aceita** em 2002.

Os resultados da Comissão:

10/12/84 – Organograma da parte Administrativa do HC.

- COAD – Conselho de Administração órgão máximo e deliberativo do hospital

Nível de Direção.

- DA – Dir. Administrativo- órgão executivo na administração do hospital.
- CPC – Comissão de planejamento controle e custos (Assessoria do DA).
- CRP – Comissão de Relações Públicas.

Nível de Coordenação:

- Coordenação dos Serviços de Enfermagem - agrupando Treinamento, Expediente, Enfermagem cirúrgica, médica, obstétrica dentre outros. Nota-se aí que essa Organograma sem nenhuma discussão em conselho submeteu a Direção de Enfermagem ao nível de Coordenação, além do fato de o Curso de Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde não estar envolvido nessas atividades.
- Coordenação de Serviços de Informática – Documentação Científica, processamento de dados, altas, convênio e faturamento, microfilmagem.
- Coordenação dos serviços contábeis e financeiros – contabilidade, licitações dentre outros.

Todos esses cargos são designados **por indicação de membros do conselho**, composto por diretor geral, diretor do setor de ciências da saúde e chefes de departamento da **área médica**.

Curiosidade: Sugere-se a **gravação** das reuniões em 20/12/84. Até o fim da pesquisa são gravadas em fita cassete.

4.13.3 Avanços no Regimento em (07/10/1985)

Para além da **organogramação**, o Regimento do HC volta a ser discutido por várias reuniões durante meses seguidos. Dentre as principais informações do Conselho, que a partir de então é denominado de COAD. Tal conselho é determinado pelo próprio conselho como **Órgão superior deliberativo, normativo e consultivo em matéria de administração, de gestão econômico-financeira, e atividade assistencial**, porém sendo constituído por representantes do Ensino. A composição desse conselho consiste em membros posicionados nos seguintes cargos/funções:

Diretor Médico

Diretor Administrativo

Diretor do Setor de Ciências da Saúde

Chefe de Departamento de Clínica Médica ou representante

Chefe de Departamento de Cirurgia ou representante

Chefe de Departamento de Tocoginecologia ou representante

Chefe de Departamento de Pediatria ou representante

Chefe de Departamento de Patologia Médica ou representante

Chefe de Departamento de Saúde Comunitária ou representante

Chefe de Departamento de Enfermagem ou representante

Chefe de Departamento de Nutrição de Ensino ou representante

A presidência do referido conselho será exercida pelo Diretor Geral do hospital. A frequência das reuniões é quinzenal e programada, era semanal. Ordinária em 30% dos conselheiros. Todos os membros têm direito de voz e voto, sendo que o presidente exerce o voto de qualidade. As decisões são tomadas por maioria simples. Na ausência do diretor administrativo que o substitui é o Diretor Médico.

As competências do referido Conselho são abrangentes:

1. Política, diretrizes e objetivos básicos do hospital;
2. Propostas de orçamento;
3. Contratação de pessoal;

4. Regimentos das coordenações, serviços e unidades do HC;
5. Selecionar e indicar o diretor administrativo do HC;
6. Escolher por eleição o diretor médico;
7. Pareceres de destituição de qualquer dos diretores;
8. Deliberar sobre assuntos patrimoniais;
9. Medidas disciplinares;
10. Homologar cursos estágios e seminários;
11. Avaliar, julgar e orientar os atos administrativos e gerenciais do chefe de departamento do hospital;
12. Anular todas as decisões da direção que não sofreram anuência;
13. Deliberar propostas de residência médica e estagiários (não interfere na pós-graduação, mestrado, doutorado e especialização);
14. Constituir comissões provisórias e comissões técnicas.

Dentre as competências do presidente do COAD, Diretor Geral:

- Convocar e presidir reuniões;
- Exercer o poder de conciliação em questões polêmicas;
- Representar o HC;
- Cumprir e fazer cumprir as normas “*pro rata tempore*”;
- Propor ao conselho alterações, melhorias, ou extinção de serviços e unidades médicas;
- Ordenar junto com o diretor médico todas as despesas do hospital;
- **Ao assessor do Diretor Administrativo do HC compete as atribuições que lhe forem designadas pelo diretor médico do hospital.**

Nota-se que a partir desse regimento é retirado o item **pesquisa** das funções do conselho. “aprovar acordos, contratos e convênios com entidades públicas que tenham por objetivo a prestação de serviços de assistência e ensino”.

A partir de uma declaração do professor da Pediatria é possível perceber que o referido conselho concentra **recursos alocativos e autoritários**, na medida em que um de seus conselheiros argumenta sobre um detalhe relevante que é a falta de “**um item onde diz que**

todos os atos que forem tomados pela direção sem se ter ouvido o conselho fica praticamente invalidada a decisão.”

O reitor da UFPR, em 1986 propõe que sejam **feitas eleições** para a Direção Geral do HC. Expõe os argumentos para tal posição:

“tendo em vista as peculiaridades do HC, traduzidas particularmente pela **heterogeneidade de sua constituição** e do seu atendimento pelo seu significado social, pela sua importância para o ensino médico, bem como pelas **notórias dificuldades administrativas, verifica-se a urgente necessidade de consulta eleitoral para a direção desta instituição**. Para que esse pleito seja conduzido a bom termo, revestindo-se de caráter amplamente democrático, é fundamental a participação de todos os segmentos que compõem o HC”.

A proposta do reitor consiste numa comissão organizadora composta por representantes de professores da área de saúde que atuam no hospital de clínicas (Medicina, Enfermagem, Nutrição); dos médicos que não são professores; dos funcionários; médicos residentes; administração; corpo discente graduação e pós. O reitor também sugere que os “representantes sejam escolhidos pelas respectivas categorias.”

A resposta do Conselho é: o conselho é responsável pela indicação de membro representante dos professores do Setor de Ciências da Saúde e também o representante da administração do hospital. São indicados para eleição respectivamente os professores: Pedro Cerquiera Lima Neto e Paulo Franco de Oliveira (atual diretor). Nenhuma dessas indicações deriva o próximo Diretor, em agosto de 1986. Sem eleição.

A reitoria de 1986 consiste numa das primeiras mais atuantes no HC. Tal participação se concretiza na presença especial em reuniões do Conselho de Administração do HC. Dentre os participantes: pro-reitor de planejamento; pró-reitor de órgãos complementares.

A discursiva do conselho então manifesta “intenção” da nova direção do HC se tornar mais representativa para tanto devendo contar com representantes do corpo discente, dos servidores, acompanhada da promessa de implantação breve.

É apresentada nova diretoria:

Divisão médica – Prof. Osmar Martins

Divisão técnica – Prof. Edison Matos Novak

Divisão Enfermagem – Anice Ahmad

Divisão de Administração Predial – Enga. Tâmara Lepca Maia

Divisão de Administração Financeira – Sandra Maria da Silva

Divisão de Rh – Dr. Mauro Russo

Diretora administrativa como assessora de planejamento – Bel. Hildecy Valmira

Diretor Corpo Clínico - Prof. Ehreufried Wittig

A partir de então os problemas denominados de estruturais pelos membros do conselho são apresentados a discussão. Tais temas perfazem discussões que se estendem ao longo do tempo no HC.

Com os problemas estruturais a Gestão passa a ser considerada **complexa**:

1. Déficit de Cz\$ 1.500.000, 00 cruzados;
2. Graves dificuldades na área de RH;
3. Desestruturação administrativa em todos os níveis;
4. Instalações e equipamentos em situação precária;
5. Mau funcionamento do hospital;
6. Atendimento médico de duvidosa qualidade em várias áreas;
7. Demandas reprimidas nos ambulatórios e clínica cirúrgica;
8. Desmotivação do corpo clínico e do funcionalismo;
9. Comprometimento do ensino, da pesquisa e do desenvolvimento dos programas de ponta.
10. Falta de recursos próprios para as chefias.
11. Quadro de pessoal insuficiente. Os 680 contratados pela Fundação custam 40% do faturamento do hospital, que conta com 600 leitos.
12. Falta de definição de um plano diretor para que se possa determinar que caminho o hospital deverá seguir.

Esses problemas são expostos, no mesmo dia (17/07/86) da “primeira visita honrosa dos pro-reitores no HC”.

Dentre os professores mais atuantes do HC nessa época, o professor da Pediatria argumenta **o novo modelo organizacional do HC não prevê os objetivos de ensino e pesquisa**, isso dois anos depois de suas definições. Esse professor insiste em registrar que o hospital **está vivendo problemas gravíssimos de ética e de técnica e que a tendência atual**

é de crescimento destes problemas. Também lança ao grupo de conselheiros qual a filosofia em relação ao conselho de administração, se ele é normativo e diretivo ou consultivo. Em contrapartida, questiona-se **“o porquê da pergunta”** afirmando que o conselho é consultivo e definidor da política do hospital. Importante destacar que esses questionamentos põem em discussão novamente as atribuições do conselho, já definidas inclusive pelos próprios professores. Define-se que quanto ao conselho de administração este terá o maior respeito por parte da direção e seu papel será definido pelo novo regimento. Até que isso ocorra, como o conselho não possa legalmente compartilhar responsabilidades, terá caráter consultivo. O conselho não sabe o que foi feito na reitoria com as normas *‘pro rata tempore’* – regimento - que foram encaminhadas pelo conselho. O diretor geral do HC manifesta **desconhecer o documento.** Alguns argumentam que o Conselho de Administração é ilegal e antiregimental.

Depreende-se daí um dos indícios de dificuldade do pesquisador de obter recursos de identificação de trajetórias e consciência prática e discursiva acerca da estruturação das práticas empregadas no HC em termos de ensino, pesquisa e assistência.

4.13.4 (Des)Continuidades

As incursões das pro-reitorias no HC decorrem da intenção de se discutir os déficits financeiros do HC, cobertos pela Fundação e pela UFPR. Como consequência, solicitam aumento da taxa de administração da Fundação para 5% pontos sob forma de empréstimo por 3 meses. Também se propõe a realizar estudos dos gastos com a administração para propor um novo convênio com bases sólidas entre Fundação e HC-UFPR. Dirigentes e professores se apresentam em acordo, depois de anos discutindo a legitimidade de tais cobranças.

Ainda em 1986, o Corpo Clínico é colocado **como grande órgão articulador da ética, do ensino e da pesquisa e da qualidade de atuação do hospital de clínicas como hospital escola.** O chefe do Corpo Clínico propõe reunião para estudo de redistribuição das clínicas. Também afirma, via comissão de ética, **que em média 10 infrações ao código de ética** por dia acontecem no HC.

No final de 1986 é feita a primeira integração de sistemas operacionais de informação – Sistema Computadorizado Gerencial, tendo as bases (CPD) em Porto Alegre. O MEC providencia os equipamentos periféricos. Entrega automática de relatórios de serviços produzidos pelos HUs diretamente a DATAPREV. Nessa época o tentendimento passa de 650

leitos para 850. Os controles do Ministério da Previdência passam a acontecer com mais agilidade e atualização temporal. Depreende-se desse episódio a necessidade de se ‘prover’ os sistemas com **informações de procedimentos** para além dos formulários, que constantemente passam por críticas de auditorias internas e externas.

No início de 1987 é apresentado pela direção geral do HC o Organograma Administrativo do Hospital. Mais uma novidade da Administração adentra na consciência discursiva dos dirigentes e chefes de departamento do HC – “a nova administração do hospital foi concebida a partir do princípio de **Administração por Objetivos**” (02/02/87). Nota-se aí a convergência com a noção de indicadores e números do hospital. Decorrem dessa perspectiva as novas divisões e atribuições:

- Divisão de Recursos Humanos (política de pessoal).
- Divisão de Apoio Financeiro (contabilidade e faturamento).
- Divisão de Apoio Predial – conservação de prédios e equipamentos. As instalações físicas assumem importância, em especial porque vários empreendimentos são realizados, bem como o tempo passa a oferecer problemas de instalações que também são fiscalizadas por órgãos de vigilância de ministérios envolvidos.
- Divisão de Divisão Técnica - insumos do atendimento médico.
- Divisão de Enfermagem – administra atividades de enfermagem. (Não composta por membros do Curso de Enfermagem)
- Divisão de Médica – administração de serviços de atendimento.
- Divisão do Corpo Clínico – que administra as questões éticas, científicas e didáticas. Nota-se a expressão dessa divisão no HC. Desde o início essa constitui-se na maior área do HC, bem como considerada como uma das mais importantes. Salienta-se que a trajetória tem apontado o Diretor dessa área como **sucessor natural** da Direção Geral.

O **ensino**, a **pesquisa** e a **assistência** são definidos pelos departamentos e pelo corpo clínico. Uma equipe de modernização administrativa é ativada com objetivo de melhor estruturar os postos de trabalho que são as células vivas da administração.

Teremos as condições de levantar custos, de ter controle, conta corrente e fluxo de documentos. Faremos a profilaxia da necessidade crescente de controle de pessoal sem planejamento. As funções e tarefas dos postos de trabalho serão

normalizados. A cada profissional caberá o esforço para desenvolver sua tarefa; ao médico e professor assistência e ensino; a enfermeira o cuidado com o paciente; ao técnico seu aparelho ou equipamento; ao administrador a organização; ao arquiteto a melhor forma de uso racional da área física.” (Ata 02/02/87)

Salienta-se a prática do emprego metafórico de termos da área médica ao discurso da gestão.

Em meio a tais discussões o chefe do Setor de Ciências da Saúde - sugere uma central de documentação científica áudio-visual para o **ensino e pesquisa**. O diretor geral centralizaria na administração do hospital o material didático dos departamentos. Esse episódio reforça a existência de distanciamento entre o HC e os Departamentos e o Setor envolvido, que apresenta baixa expressão no campo das decisões da direção do hospital bem como na condução dos departamentos. Salienta-se que o Setor de Ciências da Saúde encontra-se incrustado nas edificações do hospital.

Parece contraditório, mas pouco tempo depois quando fora discutido o tema instalação do Pronto Socorro no HC, o professor da pediatria contesta que tal pronto socorro (situado no eixo norte de Curitiba, na Avenida Paraná) pode propiciar **distorção docente-assistencial**. Para a fiscalização disso o professor propõe que o HC seja subordinado ao Setor de Ciências da Saúde para que a atividade docente seja fiscalizada. Outro professor se manifesta contrário – o Diretor do Corpo Clínico informa que o Corpo Clínico já faz isso e que quem deve controlar isso são os chefes de departamento. Salienta-se que o Pronto Socorro já vinha sendo solicitado pelos **alunos de medicina**. E a partir daí, das instalações do Pronto Socorro Norte, que as práticas de **ensino** passam a se estabelecer distanciadadas das instalações do HC. Nota-se que os médicos passam a intensificar a responsabilidade do ensino aos alunos e estagiários, não se responsabilizando apenas pela **assistência**. Decorrente disso tentativas de equiparação, contratação via MEC são empreitadas pelos médicos que não são professores, mas que praticam ensino.

Em meados de 87 é apresentado o **Plano de Metas** em consonância com a **Administração por Objetivos** para os meses de maio e junho. O principal critério é **produtividade**, seguido de **normatização**: Recursos Humanos; administração predial; área técnica, informatização; enfermagem; serviços médicos, maior produtividade. Para o Corpo Clínico normatizações e produtividade. Planejamento e modernização administrativa são esperados para a Direção Geral. Dentre as principais ações: centro de excelência para transplante renal, o Pronto Socorro Norte e acerto financeiro com a Fundação.

No final do período estipulado são apresentados os resultados das metas para o HC, bem como a necessidade de **Abertura para Participação Comunitária** a ser operacionalizada por meio de reuniões comunitárias mensais e eleições. Alguns conceitos para a gestão também são trabalhados como: **células operacionais do tecido administrativo, modernização, melhora da eficiência, eficácia, efetividade.**

“Realmente acreditamos que a comunidade do HC composta por professores, funcionários e alunos constituem uma **grande família**” (12/87).

Além dos pronomes possessivos reforça-se a metáfora da grande família. Sugerindo proximidade e propriedade. Na sequência, a solicitação por parte do reitor da UFPR em torno do desenvolvimento de um **Relatório Financeiro e de Atividades do HC para a comunidade.** Daí as recorrentes publicações do HC em torno dos números, em especial os **números da assistência** como conduta estratégica para se obter legitimidade e recursos.

Surge então a figura do **Assessor de Comunicação Social.** Um jornalista fica responsável pela Comunicação Social, Relações Públicas e Jornalismo que constituem as áreas envolvidas para criar uma central de informações internas e externas. Este sugere para o público interno **Jornal Mural** distribuído em 30 locais com edições quinzenais. Voltado a relações públicas, sugere o envio de cartões de aniversário para funcionários, cartões de agradecimento aos que se aposentam, organização de programas com alunos da Escola de Belas Artes, caixa de sugestões. O jornalista será o interlocutor com os meios de comunicação, útil para contato **entre médicos e repórteres.** Nem de longe essa comunicação lida com a tentativa de integrar ensino, pesquisa e assistência.

A Avaliação de 1987 foi de que ‘apesar de ter sido um ano difícil, transcorreu razoavelmente bem e não tivemos grandes crises de abastecimento’. Tal avaliação se refere a um ano cercado de: níveis inflacionários recordes, inúmeras greves (residentes, médicos, professores), situações crônicas financeiras do hospital, falta de autonomia. Discurso dissonante com a labuta percorrida nesse período.

Em 1989 além de se instaurar discussões em torno da finalidade do HC, atribuindo especial atenção à assistência, apresenta como resultado de sua gestão: o Encontro de Administração e Chefias (8 encontros) e as Visitas Técnicas a outras instituições, visando se

aproximar de novas tecnologias, visitas a várias cidades nacionais e internacionais, para viabilizar métodos e facilitar parcerias. Nota-se que as **visitas** a outros centros de ensino e atendimento consistem em práticas recorrentes da gestão do hospital de clínicas. Tais aproximações consistem também na adoção de práticas de êxito em outras organizações, caracterizando processos de isomorfismo normativo.

Um dos conselheiros em retorno de viagem aos EUA entre 20/10 e 14/11, com o objetivo de visitar instituições de saúde visando apreensão de técnicas e metodologias de organização do trabalho que possam ser transferidas no HC, bem como de tentar abrir portas e contatos, como intercâmbio de pesquisadores e buscar recursos financeiros.

Em reunião com demais diretores, chefes de departamento, direção do Setor e outros representantes do HC, o referido professor comenta sobre a motivação para o trabalho, sobre as **vantagens de hospitais serem considerados como empresa**, mesmo as de fins filantrópicos. Ressalta o paciente como cliente. Constatou também que **as enfermeiras administram todas as unidades de internação, atendendo integralmente os pacientes e os médicos**. Outros elementos passam a ser destacados no discurso de volta registrado em ata (11/89):

“Os médicos são também encarados como consumidores assim como os clientes. Também eles têm que ter **‘tapete vermelho’**, sorriso simpatia e tudo que ele necessita para o seu trabalho. Em contrapartida **ele não se envolve na administração**, nem na ordem de como as coisas devem ser. É considerado quase como sendo uma visita e tem que ter à mão as coisas que necessita. **Faz o que tem que fazer e é obedecido**. Não há comissão de ética e as coisas são sumárias e objetivas. O médico tem 15 dias para elaborar um resumo de alta para o paciente. Nesses 15 dias não chateiam o médico; no 16 dia o computador emite uma cartinha onde consta mais ou menos assim: ‘o senhor está convidado a nunca mais trazer seus doentes e nem frequentar o nosso hospital’. Porque uma conta do hospital que não é paga prejudica a todos. Fala também do fato de as informações estarem numa ilha no hospital. Documentos são enviados em cápsulas acrílicas de um lugar para outro. Não se vê gente transitando nos corredores com papéis. Um problema enfrentado pela enfermagem (Cincinatti) lá é o franco declínio das vocações. Não há pessoas para trabalhar em enfermagem pelo tipo e pela natureza do serviço, e um hospital tem mais sucesso que outro nesse sentido, de reter seu pessoal de enfermagem. A maioria dos hospitais tem mais de 1 século, **começaram na era pré-científica da medicina como depósitos de doentes crônicos, quando médicos pouco frequentavam hospitais. Médicos pesquisam a doença e enfermeiros pesquisam o cuidado com o paciente**. A postura do profissional de enfermagem é diferente da nossa, administrando as unidades; as coisas são organizadas e não passionais, são técnicas. Encontram-se voluntários em todos os cantos dos hospitais. Afirma que para o próximo Plano Diretor reservará importante papel ao **voluntariado**.”

Além de 8 pessoas por ano do HC poderem estagiar em serviços de saúde em Ohio, e vice-versa é reavivada a intenção de tornar o HC num centro de referência em assistência e administração. No relato é possível perceber algumas redefinições a partir da visita em Ohio:

- O reforço da visão do paciente enquanto cliente e a redefinição da assistência;
- Reforço da importância do Médico a partir da metáfora: ‘tapete vermelho’, ‘ter à mão o que necessita’, ‘é obedecido’ e em contrapartida o cumprimento de obrigações formais, como o preenchimento de formulários;
- A necessidade da centralização das informações, da gestão da informação como mecanismos para se evitar papelório;
- O papel da enfermagem na gestão administrativa de hospitais;
- A enfermagem como fundamental à assistência, à pesquisa sobre o cuidado com o paciente;
- A presença do voluntariado nos hospitais.

É fim de 1989, há confraternização de todos os funcionários, residentes, professores, diretores num restaurante de Curitiba. Os recursos não são do HC, mas do empenho de uma Comissão de Festejos Natalinos, designada pela Direção Geral passou o ano todo angariando fundos para a festa.

Em 1990 o HC é instituído como Unidade Gestora na UFPR, **concedida por 6 meses** – financeira e administrativa - o que provoca comemorações entre direção, chefes de departamento que poderão controlar os recursos alocativos como os depósitos dos convênios bem como outros recursos para o HC, é questão de autonomia. Alguns problemas passam a ser enfrentados, como por exemplo, o fato de os recursos enviados para a aquisição do hospital Sant’ana ficarem defasados, considerando que a comissão perdeu prazos e a compra não foi feita. Tais verbas foram alocadas para outras finalidades. Salienta-se que o **regimento** que vigora no HC é ainda de 1971, embora tenham feito um regulamento que fora assinado pelo reitor mais tarde.

O diretor geral assume a **Secretaria Nacional de Saúde**, do Ministério da Saúde em Brasília, o que confirma sua atuação no sentido de integrar o HC aos propósitos do Ministério da Saúde, bem como seu empenho com as relações exteriores ao hospital. Mais tarde esse professor recebe a Comenda do Rio Branco por indicação do presidente da república – esta é a maior comenda do Itamarati. Na despedida dos 4 anos na direção do hospital faz questão de

registrar 10 pessoas **externas** que contribuíram a sua gestão: (a lista é maior porque contempla internos)

- Elízio Ferraz de Campos – ex-governador, que ofereceu recursos para pintura externa e transplante de medula óssea;
- Roberto Requião – ex-prefeito de Curitiba – pela reurbanização da Rua General Carneiro e convênio pronto-socorro norte;
- Jaime Canet Jr. – Pelas contribuições ao serviço de Transplante de Medula Óssea;
- Carlos Richibiter – despachante aduaneiro para liberação de guias de importação do HC;
- Riad Salamuni – Reitor que permitiu a autonomia da gestão do HC (Unidade Gestora);
- Dr. Jorge Bornhausen – Ministro da Educação;
- Dr. João José Candido da Silva – ‘homem dentro do MEC’ que auxiliou na aprovação de projetos e liberação de recursos;
- Dr. Carlos Antonio Ferreira – Presidente do Banestado – Apoio em apuros de caixa;
- Dr. Pedro Artur Sampaio – Superintendente da Legião Brasileira de Assistência do Paraná – convênio Banco do Leite;
- Dra. Maria Angélica M. Paoelli – Presidente da APACN;
- Prof. João Átila Rocha – pela escola que formou no HC – Urologia e Cirurgia;
- Prof. Gastão Pereira da Cunha – formação de toda a escola de Cardiologistas, especialização e Mestrado. (Obs: Lembra-se da carta desse professor com relação à aposentadoria e o descontentamento com a gestão)
- Sra. Marcela Fedechen – atendente de enfermagem com comportamento absolutamente correto, respeito ao doente que era pedagógico aos estudantes e residentes.

Com a saída do diretor geral, outro professor assume interinamente a direção geral do HC. Dentre os primeiros pontos a serem tratados configura-se a **Informática**.

“Agora ninguém pode ir contra a computação no HC , quem for contra , está contra a modernidade. Primeiro informatizar o diagnóstico, depois o ensino. Precisamos tentar colaborar não ficar colocando uma pessoa contra a outra, isso tem que acabar”.

(Ata 03/90).

Considerando a Unidade Gestora que foi concedida por 6 meses também foi dividida em duas unidades: Orçamentária que tem direito ao orçamento da união e duas formas: Unidade Gestora On line (direto de Brasília) precisando de um operador ou equipe de operadores e UG Off Line que se utiliza da unidade orçamentária para gerenciar seus recursos, via Reitoria em formato *on line*. É comemorada a autonomia financeira.

Eleições para Diretor Geral e criada Comissão Eleitora, pois para o Conselho de Administração não é Cargo de Confiança da Reitoria. Funcionários aproveitam e pedem para que o diretor técnico também seja escolhido por votação.

“Não tem ninguém que fala em nome do HC a não ser o conselho. É a primeira eleição para Diretor Geral, que escolhe sua equipe de confiança.”

O Reitor eleito afirma que é de seu interesse da sua administração que o hospital seja um bom hospital, mas principalmente um bom **hospital escola**, o que estreita laços com o representantes do HC.

Reafirma-se uma prática no HC: diretor técnico e diretor clínico assumirem na sequência a Direção Geral. O Reitor reitera na posse que o HC é parte integrante da UFPR e portanto deve perseguir os objetivos do ensino, pesquisa e extensão.

Em torno do imperativo Informatização, alguns sistemas são implantados como:

- SADT – almoxarifado
- SICAPS – pessoal
- PROTEOS – protocolo
- ANIBAL- cadastro de fornecedores
- Sistema de Controle de Alunos

Novas tentativas de trazer a Maternidade Vitor Ferreira do Amaral para a UFPR são empreitadas.

Em janeiro de 1991 duas enfermeiras participam de capacitação de 20 dias em Ohio, resultado do empenho da gestão passada, durante visita em Ohio. Nota-se uma iniciativa de fazer da área de enfermagem uma área de gestão, o que não vigora.

São 160 cargos comissionados no HC em levantamento enviado ao MEC. O novo regimento do hospital ainda não foi aprovado, dado o fato de a Universidade ainda não ter concluído o seu regimento. Nessa altura, participam do Conselho de Administração 15 representantes dos diversos departamentos e 7 diretores.

O professor que assumiu a Secretaria de Saúde tenta adiantar a liberação das verbas para o pronto-socorro norte. No final de 1991 acumula também a Presidência do INAMPS.

A Fundação passa a ser denominada de FUNPAR nas atas a partir de 09/06/91 e funcionários passam a ter representante no Coad em 08/91. Com a distinção de funcionário UFPR e Fundação.

O Regimento do Hospital é revisado, e o HC passa a ter por finalidade: (revisão do regimento 24/02/92, ata 503 pg. 186)

- I. Prestar assistência à população visando: promover e recuperar a saúde; prevenir doenças e tratar doentes; reabilitar o indivíduo;
- II. Servir de campo de aprendizado para o ensino de graduação das profissões da área de saúde;
- III. Servir no aperfeiçoamento e especialização dos profissionais da saúde em programas de pós-graduação e de extensão;
- IV. Servir de campo de treinamento em administração, organização e desenvolvimento de serviços hospitalares;
- V. Preparar pessoal de nível técnico;
- VI. Favorecer o desenvolvimento da investigação científica e tecnológica no campo das ciências da saúde;
- VII. Contribuir para a realização de estudos e pesquisas sobre as questões de saúde da população;
- VIII. Contribuir para a formação das equipes de saúde dentro das normas éticas e legais do exercício profissional.

Dos recursos:

- I. Recursos provenientes do Tesouro Nacional;
- II. Recursos que lhe sejam atribuídos pelo estado, município ou comunidade econômica local;

- III. Remuneração por serviços prestados ao SUS e de outros convênios e contratos;
- IV. Remuneração por serviços prestados a **pacientes privados; (nota-se a revelia, considerando que a Lei Orgânica já estava aprovada);**
- V. Contribuições e doações de pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras
- VI. Recursos provenientes de alienações leilões e vendas de bens inservíveis.
- VII. Outras Receitas.

Nota-se pelas finalidades que a assistência passa a configurar a primeira função do HC, seguida do ensino e pesquisa. Com relação aos recursos o MEC deixa de configurar entre os provedores de recursos abrindo espaço para: remunerações de serviços prestados pelo SUS, doações, e atendimento a pacientes privados.

A Estrutura da Direção do Hospital configura as seguintes posições e cargos, agregando novos cargos.

1. Diretor Geral
2. Chefe de gabinete
3. Assessor de Comunicação Social
4. Assessor de Programas Especiais
5. Assessor de Planejamento
6. Assessor de Relações Interinstitucionais
7. Diretor do Corpo Clínico
8. Diretor de Serviços Médicos
9. Diretor de Apoio Técnico
10. Diretor de Enfermagem
11. Diretor de Recursos Humanos
12. Diretor de Administração Predial
13. Diretor de Administração Financeira
14. Diretor de administração de informações
15. Diretor de Administração de Materiais
16. Diretor de unidades hospitalares descentralizadas

À direção geral **deve ser ocupada somente por médicos professores ou médicos do quadro da UFPR e tenham trabalhado por no mínimo 5 anos e estejam ativos.**

Importante salientar que embora se tenha destacado a importância da área de enfermagem na gestão de hospitais em visitas a centros de referência, o principal cargo de gestão só é concedido à profissionais da área Médica.

Em 26/11/92 o Reitor anuncia a **dissolução** do Conselho de Administração do HC considerando que este não tenha Regimento aprovado e **alinhado com o regimento da UFPR**. Incidindo sobre o princípio da legalidade. O HC vem discutindo o regimento deste o princípio, mas enfaticamente desde 85, na gestão de Paulo Franco de Oliveira. O anteprojeto foi avaliado e discutido por especialista da reitoria, da área jurídica, discutido e rediscutido com representantes do HC. Então, por determinação legal, a partir de então o conselho é dividido em dois conselhos: um conselho geral de políticas, o maior responsável pelo hospital (já conhecido como COAD) e um conselho executivo, diretivo (CODIR). O COAD insiste na defesa da idéia de o diretor do HC precisa ser médico, não aberto para todos os profissionais da saúde. Decidiu-se (reitoria) que o Diretor Geral será designado pelo reitor, dentre os professores do Setor de Ciências da Saúde, depois de **processo eleitoral**. Tais definições em termos formais tiram do Conselho de Administração parte das condições de decisão acerca do hospital na medida em que redistribui-se a decisão para outro conselho o CODIR, embora boa parte dos participantes do CODIR sejam conselheiros do COAD.

Em 05/04/94 são instaurados os Conselhos de Administração (COAD) e Conselho Diretivo (CODIR). Essa divisão parece estabelecer para o segundo conselho as questões administrativas de amplitude operacional.

Configuram os seguintes cargos e Professores envolvidos no Conselho de Administração:

Presidente – Dir. Geral Osmar Martins

Diretor Ciências da Saúde – Mario Sergio Julio Cerci

Vice-Diretor - Prof José Roberto Gavazanni

Dir. Corpo Clínico – Ehrenfried Othmar Wittig / Duilton de Paola

Dir. de Serviços Médicos: Jairo Sponholz Araújo / Antônio Carlos Boaretti (em 96 José Sória Arrabal).

Dir. Enfermagem – Enfermeira Simone Aparceida Peruzzo / Maria Cristina Paganini

Dep. Clínica Médica – Angelo Luiz Tesser / Hans Garff

Dep. Cirurgia – Affonso Antoniuk / Prof. Julio Pereira Lopes

Dep. Tocoginecologia – Francisco da Silva Furtado/ Hércio Bertolozzi

Dep. Pediatria – Prof. Dinarte José Giraldi / Mitsuru Miyaki

Dep. Oftalmo-otorrino – Carlos Augusto Moreira Jr. / Marcos Mocelin

Dep. De Patologia Médica – Prof. Rogério Luiz Kopp / Giovanni Loddo

Dep. Saúde Comunitária – Paulino Iwane Kotaka / Natal Jatai de Camargo

Dep. Enfermagem – Glauca Borges Serafim / Liliam Daizy Gonçalves Wolff

Dep. Nutrição – Rute Dias Ferandes / Lys Mary Bileski Cândida

Dep. Farmácia – Edward Henryk Szwczac / Marcio Chimelli

Coord. Curso de Medicina – Sergio Zuneda Serafini / José Soria Arrabal

Demais coordenadores dos cursos.

Nota-se que o COAD cresce em termos de número de “cadeiras”, considerando a participação de coordenadores de Cursos.

Para o mais novo Conselho, o Conselho Diretivo do HC configuram-se membros e funções já postas no COAD:

Dir. Geral – Osmar Martins

Dir. Corpo Clínico – Wittig

Dir. Serviços Médico – Sponholz

Dir. Enfermagem – Peruzzo

Dir. Administrativo Financeiro – Adiministradora Maria Elisa Penso / Contadora Sandra Maria da Silva

Dir. Apoio Técnico – prof. Leonel Ricardo Curcio jr.

Dir. RH – Dr. Mario Roberto Gazda

Na 534ª reunião do COAD, em 12/04/94 é anunciada a posse do Reitor da UFPR. O ex-reitor despede-se do conselho. Na sequência, diretor geral é **afastado da direção do hospital pelo reitor – ele não esperava por isso**. Lança algumas perguntas:

“Será que não fomos nós como professores, formando os departamentos e a nossa direção do Setor de Ciências da Saúde que nos afastamos do hospital? Será que se deseja mesmo o caminho correto da integração, quando se discute um currículo por mais de 6 anos e jamais se apresenta neste conselho para uma integração do hospital?”

Tais acontecimentos desencadeiam uma série de articulações de agentes na tentativa de conquistar e manter espaços. São indicados nos períodos seguintes Diretor Geral em Exercício, na sequência Diretor Geral *pro tempore* (04/05/94). Este solicita a escolha de seus diretores também *pro tempore*. O Dep. de Enfermagem aproveita a oportunidade para solicitar a escolha pela Direção de Enfermagem, “em nome da integração ensino-assistência”. Como resposta o diretor afirma que **seu mandato é muito curto para tais mudanças radicais**. O Diretor de Ciências da Saúde intervém e **pede que o departamento seja ouvido**, afinal de contas, alguns professores têm participação no HC. A atual Diretora de Enfermagem pede ao departamento de Enfermagem que **se fixe nas atividades do HC** e aproveita para reforçar que a enfermagem não é a de 4 anos atrás, está organizada e planejada.

O presidente do Sindistest solicita isonomia para VT e VR entre UFPR e Fundação. Acordo coletivo é discutido incessantemente em diversas reuniões do conselho. Já constam 2.626 funcionários da Fundação e o Reitor não autoriza mais. Nota-se a estreita relação entre Setor de Ciências da Saúde e Reitoria. Essa relação era pouco percorrida entre as gestões anteriores.

Alguns agentes políticos iniciam envolvimento com as causas do HC, dentre eles, o Senador José Eduardo Andrade Vieira. O HC também recebe a visita do **Ministro da Fazenda** Rubens Ricupero ao Serviço de Transplante de Medula Óssea, e as unidades do 4º e 5º andares do anexo B. O Reitor e o Diretor de Ciências da Saúde apresentaram os números do HC e solicitaram contratação de pessoas. O referido Ministro se compromete a conversar com o Ministério da Educação sobre o assunto.

O Reitor coloca auditoria no HC o que provoca desconforto entre os membros do COAD que vê tal prática como ‘**aética e agressiva**’.

No final de 94 dois professores disputam as eleições a direção geral do HC. É a primeira eleição para esse cargo. É a primeira vez que o COAD não delibera diretamente acerca dos portadores dessa posição. A partir dos resultados é possível notar que os professores perderam as condições de decisão acerca desse cargo e como conseqüência, dos demais. Com essas novas condições é preciso estar aliado a **alunos e funcionários**.

Sob nova direção, decide-se sobre Planos de Marketing para vender a imagem do HC de forma mais clara a fim de recuperar sua identidade. O planejamento do hospital não é informatizado e as constatações são de que as informações/relatórios sobre o hospital são fechadas com aproximadamente **três meses de atraso**.

O reitor tenta desvincular atividades feitas pela FUNPAR no HC. Estabelece várias determinações para o HC, dentre as 33 determinações destaca-se, em 29/09/1994:

- **Enquadre** todos os processos de licitação, carta convite, tomada de preço às normas legais vigentes seguindo orientações da pró-reitoria de administração (PRA) e da pro-reitoria de planejamento.
- **Suspenda** os procedimentos de consignação de órteses e próteses;
- **Proceda** o levantamento patrimonial de bens móveis e estabeleça rígido controle de entrada e saída de todo e qualquer material do hospital de clínicas;
- **Revigore** os plantões de 12 por 36 horas ou 24 por 48 horas, uma vez que esses regimes demandam um número menor de trabalhadores;
- **Suspenda** a concessão da chamada “folga de aniversário” a qual se registra nos controles de frequência;
- **Revogue** imediatamente as portarias do diretor geral do hospital de clínicas que designaram empregados da FUNPAR para responder por funções que inexistem nos quadros de chefias da UFPR.
- **Revogue** portaria do diretor geral do HC que designou o doutor Carlos Eduardo Silvado para função de Coordenador do Sistema de Informações Hospitalares;
- **Reorganize** todo o quadro de funções gratificadas e cargos de direção existentes no HC;

- **Reorganize** administrativamente o HC, especialmente com revisão dos procedimentos ora em uso;
- **Suspenda** a forma de pagamento a título de ‘bolsa estudo’ aos residentes de enfermagem da UFPR, e regulamente com urgência a residência de enfermagem de acordo com a pro-reitoria de pós-graduação;
- **Suspenda** a prestação de serviço de voluntariado em atividades que não sejam meramente assistenciais;
- **Determine** a não cobrança de honorários médicos a pacientes atendidos no HC;
- **Reorganize** a informatização do serviço de faturamento hospitalar;
- **Celebração** de convenio para justificar a execução de tomografia computadorizada para outros hospitais.

A partir de tais deliberações do Reitor é possível inferir acerca da conflituosa relação entre professores, coordenadores e chefes de departamento, diferente das condições de relação da direção geral. Nota-se que uma série de procedimentos são postos em questão na medida em que passam a ser **suspensos**. A direção geral passa a ser mais aliada à reitoria do que aos professores e chefes de departamento.

O Diretor Geral aponta outros problemas do HC que precisam ser disciplinados como: cobranças indevidas, situações privilegiadas de algumas pessoas que pagam para conseguir atendimento mais rápido do que os conveniados pelo SUS. Alguns professores e diretores se manifestam:

“O HC atende um número enorme de clientes que de alguma forma estão com seguro saúde de outras instituições que poderiam remunerar melhor o HC (...) é chegado o momento de aproveitar esse potencial, sem comprometer o fim maior do HC que é o ensino, a pesquisa e a assistência”.

Outro professor é a favor de “fonte alternativa de recursos”. Nesse caso particulares.

“O HC precisa usar de todas as suas atribuições para que realmente venha a assistir não só o paciente carente, mas a outro tipo de clientela, recebendo por esse serviço, podendo assim prestar um atendimento muito melhor e qualificado.”

“O SUS vai continuar assim, independente da vontade de cada um. O HC deveria funcionar como a Eletrobrás que vende e determina preços”.

Considerando a contratação da FGV para consultoria em qualidade, esta trabalha com indicadores de hospitalares e Avaliação dos usuários – paciente internado. Indicadores de qualidade, tais como: número de internações, tempo médio de permanência, alimentação, limpeza, televisão, atendimento a idosos.

Em reunião extraordinária com o Reitor sobre a dívida de 10 milhões de reais em função do atraso de pagamento do SUS, reitores discutem a relação Hospitais universitários e Universidade. Hospital de Porto Alegre é considerado modelo de bom funcionamento, e folha de pagamento é coberta com outras fontes. Pensa-se em transformar o HC em Empresa Pública. Pede-se cuidado para não haver prejuízo na atividade acadêmica. O reitor aponta que a gestão anterior se excedeu na contratação de funcionários e houve erro de avaliação com relação ao valor remunerado pelo SUS e o custo com despesas gerais. A partir disso, o Diretor Geral do HC e o Diretor do Setor de Ciências da Saúde precisam elaborar uma proposta HC- UFPR contendo itens que poderão constar na medida provisória ou lei que homologa a transformação dos hospitais universitários em “empresa do poder público”.

No início de 1996 o Sinditest encaminha documentos ao Conselho Municipal de Saúde contendo acusações de que o Hospital de Clínicas está sendo dirigido de uma forma para ter prejuízos e assim ser privatizado, complicando as relações já não muito harmoniosas. Alguns meses depois Sinditest – anuncia greve dos funcionários da Funpar.

Obs: Até aqui, todas as 588 atas do conselho são manuscritas. Total de páginas lidas até então 8 livros 200 páginas com 400 folhas cada. Registros de ata agora são impressos a partir de 23/10/1995. A partir da 594ª reunião em 18/12/1995 as atas passam a ser registradas por secretária. Os textos das atas não contemplam em detalhes a natureza descritiva, é mais informativa e sintética.

O SIH – Sistema de Informações do HC é difundido como modelo entre outros HCs como o de São Paulo. Esse sistema foi desenvolvido internamente em acordo com as especificidades dos serviços do hospital e da integração com o Sistema Único de Saúde.

Em 17/03/97 o Sinditest afixou uma faixa no pátio do Hospital em protesto à administração do HC. Nessa época o Diretor Geral é exonerado pelo Reitor. Não foram encontrados registros sobre os motivos. Agentes não comentam sobre os fatos. O momento também coincide com o Acordo Tripartite, quando o Plano de Ação da Ação Conjunta Tripartite e Conselhos Diretivo e de Administração são desenvolvidos.

Como tentativa de gestão das reivindicações, os funcionários com crachá passam a ser autorizados a entrar pela porta central, a intenção é de aproximá-los da direção que fica distribuída no *hall*, afastando a idéia de isolamento. Isso, até janeiro de 1999 quando a referida porta principal é fechada novamente para diminuir “**sujidade**”.

A partir de junho 97 a FGV é anunciada no HC formalmente para estabelecer um diagnóstico que viabilize a tomada de medidas emergenciais buscando solucionar a crise da instituição. Quanto às intenções: **redução de pelo menos 20% do custo operacional; aumento do percentual de atendimento; otimização do tempo de atendimento; modernização e ética no atendimento ao paciente.** A partir dessa estratégia é possível inferir que dirigentes do HC pensam em soluções exógenas para seus problemas, inclusive os de gestão. A FGV passa a reforçar a idéia de gestão voltada para os **resultados e acompanhamento de indicadores**, o que para os gestores vem ao encontro das necessidades dado aos parâmetros de metas utilizados no SUS. Depois de alguns meses de estudo a Fundação Getúlio Vargas apresenta o Relatório Final em 05/12/1997. Dentre os principais pontos do relatório:

- Deficit mensal de 1 milhão de reais;
- Dívida de 42 milhões de reais;
- Inúmeras sugestões de gestão que não necessitam de recursos financeiros;
- A mais importante recomendação diz respeito a celebração de convênios com empresas de planos de saúde. 20% dos leitos apontado como prioritário;
- Com as sugestões possibilidade de economia de 214.700 por mês;
- Plano de recuperação:
 - Adequação do custeio das operações do hospital para padrões de maior eficácia;
 - Redução do passivo com fornecedores;
 - Melhoria dos instrumentos de gestão de custos.

Destaca-se que esse relatório apresenta várias proposições já discutidas em outras ocasiões por outros agentes do hospital o que demonstra ou a falta de atenção aos registros do HC pelos seus membros ou a necessidade de se ouvir tais sugestões por meio de instituições reconhecidas pela autoridade acerca do assunto.

Na sequência é criada a Gerência de Materiais, fornecendo indícios ao desenvolvimento da noção de Unidades Funcionais. Uma administradora apresenta a proposta para Organização Estrutural e Funcional da Gerência de Materiais tendo como conceitos administrativos **o planejamento, organização, coordenação e controle** de todas as atividades necessárias à definição de qualidade, aquisição, guarda, controle e aplicação dos materiais destinados ao funcionamento operacional do HC. É possível perceber a partir daí processos de formalização da gestão no HC em termos operacionais. É a primeira vez que se discute sobre a gestão **no nível das operações do hospital**.

No final de 1997 se percebem outros indícios de conceitos da Administração permeando as práticas do HC. Algumas áreas têm destaque como o Pronto-Atendimento que apresenta o projeto de Reestruturação para Implantação do Pronto-Atendimento visando:

- Agilizar o fluxo do atendimento a pacientes e expandir o número de consultas, com custo reduzido e qualidade, para aumentar o faturamento e equilibrar a situação financeira do hospital.
- Destaca-se algumas partes do projeto: **planejamento estratégico** - harmonia com ideais, valores e princípios do HC que tem como missão a promoção do ensino, pesquisa, extensão e assistência.
- **Fatores críticos de sucesso:** atendimento a clientes, capacitação do pessoal, integração com macro fluxos, baixo custo operacional, utilização de convênios, parcerias com redes de atendimento básico, adequação da área física, horário de atendimento, comunicação visual interna.

A gestão passa a ser reconhecida como fundamental nos hospitais universitários e a ABRAHUE passa a participar dessas ações. Em 12/03/98 ABRAHUE e HC providenciam seminário sobre “**Modelos Gerenciais de Hospitais Universitários**”. Mais tarde é lançado o Diagnóstico para Preparação do Planejamento Estratégico para o HC/UFPR 1998-2002. Dez grupos distribuídos nas diversas áreas de assistência do HC elaboram o **Planejamento Estratégico** do HC. O instrumento de diagnóstico consiste num **questionário com mais de 80 perguntas** relacionadas com: mercado e serviços; RH; relacionamento com o Corpo Clínico; recursos materiais, tecnológicos e físicos; imagem e satisfação do cliente; produtividade; estrutura administrativa e recursos financeiros. Quanto ao público-alvo do diagnóstico, é composto por 250 pessoas: chefias intermediárias de todas as diretorias, da

gerência de materiais e da chefia de gabinete, além de potenciais chefias. Tal documento foi encaminhado à Comissão de Ética do HC, que apresenta seus passos iniciais no controle das pesquisas desenvolvidas no HC.

Com novo Reitor, o HC sob nova Direção Geral. Outra novidade, decorrente dos movimentos à gestão profissionalizada do HC: a criação do cargo de Diretor Geral de Administração, assumido por um profissional administrador. **Esse cargo não consta no Regimento, mas o conselho de administração acredita ser necessário o ‘direito de voz’ nas reuniões.** Também é feita a promessa de ligação direta entre por HC e Reitoria. O Reitor destaca que

“é necessário uma ação política por parte da universidade para se obter a co-responsabilidade da sociedade, governo estadual, prefeitura municipal e bancada paranaense dos deputados com o HC.” (29/04/98).

Para se ter idéia da integração, o coordenador do Curso de Medicina, assume a pró-reitoria de graduação da UFPR.

A criação do cargo de Diretor de Administração provoca questionamentos por parte do Diretor de Ciências da Saúde que questiona e salienta que é indispensável a mudança do regimento:

“sua função é a de um gerente que atua dentro de todas as áreas da administração, para realizar o diagnóstico e fazer um plano de ação, auxiliando a Direção Geral, porém **sem assinar documentos formais da instituição.**” (04/05/98)

Em decorrência dessas argumentações, de maneira recorrente é criada uma Comissão para Mudança do Regimento composta por professores e uma enfermeira. As alterações continuam, e no final de 1998, por uma questão de tratamento equânime, o diretor do hospital propôs alterar internamente a denominação da Gerência de Materiais para Direção de Materiais. Percebe-se que as alterações no regimento têm sido concentradas em dimensões de organograma. Em 18/12/98 o referido administrador é substituído por um consultor, que deverá atuar no primeiro mês **para fazer levantamento sobre a situação do HC. Esse profissional terá 30 dias para propor soluções gerenciais de curto, médio e longo prazo.** Terminado o prazo, o consultor da direção geral é cobrado a prestar contas acerca do planejamento administrativo para recuperação econômica do HC, e lança o **Plano de Ação**

100 dias, que tem como ações desencadeadas a **recomposição do estoque de insumos e medicamentos, e compras com previsão mensal**.

Nota-se que além do Regimento ser de caráter transitório para uma série de situações se espera dos profissionais da gestão **soluções** com o mesmo impacto de analgésicos, sem contar a exigência por mudanças de curto prazo e a baixa confiança atribuída a profissionais não médicos.

A ausência dos professores – chefes de departamento e coordenadores - se manifesta também nas reuniões do Conselho de Administração. O diretor do conselho cobra presença de conselheiros no COAD, e é **feita pela primeira vez, em 1999 a cobrança de presença nas reuniões**. Destaca-se a facilidade com que a prática do não cumprimento de jornada é mantida no hospital: como cobrar de professores se dirigentes não cumprem. Em 1999 acontecem eleições do corpo técnico-administrativo para fazer parte do COAD, Conselho de Administração. Também é eleito o diretor geral que assume em agosto de 1999 e pede exoneração do quadro já em 21/03/2000. A avaliação acerca do reitor é de que pouco participou das atividades do HC e **“mais atrapalhou do que ajudou”**. Quanto à gestão já não se discute as dívidas do HC, mas as formas de **aumentar a produção e racionalizar os custos**.

O Dir. do Setor de Ciências da Saúde, **propõe que a frequência das reuniões do conselho de administração seja mensal**. Até então tem sido semanais e quinzenais. Os membros do conselho de administração aprovam, e as reuniões ordinárias passam a acontecer a partir de meados de 2000 na primeira segunda-feira do mês. Nota-se que essa proposição estende o tempo entre as discussões e decisões do HC, que passam a envolver cada vez menos os membros dos diversos departamentos e esferas do HC. As interações de **co-presença** organizadas entre os professores, chefes de departamento, coordenadores, funcionários e alunos se tornam cada vez mais escassas...perde-se níveis de coesão...que já eram insipientes.

Aos 39 anos de HC em 08/08/2000 algumas palestras são desenvolvidas: 1) HC momentos de decisão, pelo diretor geral e; 2) Responsabilidade do Estado Contemporâneo nas Políticas Sociais. Novamente em outubro de 2000 dirigentes do HC tentam soluções externas aos seus problemas de gestão; para tanto além dos estudos realizados pelo Departamento de Administração da UFPR o HC receberá a visita de representantes da empresa GESIN Consultoria, com sede no Rio de Janeiro. Dessa vez a tentativa recai sobre as redefinições do

perfil institucional e providências para que as **unidades gerenciais diminuam gastos e aumentem o faturamento**. A essa altura o HC conta com:

3.411 funcionários/servidores dentre:

381 médicos

252 enfermeiros

51 técnicos em radiologia

36 assistentes sociais

Em 2001, a FUNPAR intervém e contrata a profissional médica externa com o ‘objetivo específico de agilizar as questões internas do hospital. Alguns meses depois é apresentada a lista de problemas apontados pelo diretor geral Sobania:

1. Mudança cultural, tem que saber o que se faz, o quanto custa e o que fazer para ajudar;
2. Saber cobrar;
3. Reforma da infra-estrutura;
4. Investir para produzir mais e ensinar melhor (projetos);
5. Paradoxos: ao mesmo tempo em que não existem investimentos a comunidade ajuda, tem mais soluções que problemas, de qualquer forma o hospital não pára;
6. Administração centralizada
7. É o único Hospital Federal do Estado, no entanto, não é orçamentado;
8. Dificuldades de contratação de recursos humanos;
9. Perfil institucional inadequado para um hospital que funciona 24 horas por dia e 365 dias por ano.

Soluções:

1. Criar unidades tecnicamente auto gerenciadas;
2. Modelos de contratação: projetos de pesquisa e cooperativas;
3. Correção do faturamento, métodos de trabalho;
4. Mudança de contratação para áreas críticas;
5. Investimentos para infra-estrutura via MEC;

6. Investimentos MS via SMS e SME;
7. Revisão do Contrato de Metas;
8. Reestudo da administração do hospital.

Apresentado o levantamento o diretor afirma:

“Podemos mudar, em 1 ano de direção conseguimos fazer um Diagnóstico, é a palavra é SIM. SIM, podemos trabalhar mais, SIM, podemos atender mais pacientes, SIM, podemos fazer mais cirurgias, podemos fazer mais transplantes, podemos colocar a demanda reprimida em ordem, podemos faturar mais, podemos melhorar os nossos estoques, podemos fazer mais pelos nossos funcionários, podemos treina-los melhor, podemos ter um Setor de Emergência mais confortável. SIM podemos, devemos e temos que fazer novas parcerias principalmente visando investimentos de capital com o MEC, com o MS, com o Governo do Estado, do Município, com nossos parlamentares e com a sociedade em geral.” (Ata de 02/04/2001).

Em 2001, são apresentadas as propostas para a Mudança do Modelo Gerencial do Hospital de Clínicas, pela Assessora de Planejamento:

- GESIN - basicamente padronização via ISO;
- CHOOSE – Foco na melhoria dos processos de informação. Aquisição de software;
- CEPPAD – Identificação de pontos críticos e resolução a curto prazo. Mudanças estruturais e assessoramento na negociação de recursos;
- FGV – que já havia realizado trabalho semelhante em 1997. Diagnóstico institucional e financeiro.

Esses diagnósticos cosistem no advento do Novo Modelo de Gestão. A pausa desse tema na exposição desse assunto segue a linha de discussões..

4.13.5 O Novo Modelo de Gestão: as Unidades Funcionais

Um projeto para criação de um novo serviço de ouvidoria aos pacientes visa a redução de 50% dos processos judiciais e tem a participação da comissão de humanização do hospital. O diretor geral utiliza relatórios dessa ouvidoria para leituras em reuniões e adota a postura de privilegiar os agradecimentos como forma de estimular o HC ao bom atendimento, o que mais

tarde é criticado por um dos membros do conselho. Esse diretor também estreita laços com Brasília e com a ABRAHUE para captação de recursos.

O Reitor, na sua gestão tem aproximado laços com o HC, em especial com relação às dificuldades associadas à folha de pagamento do pessoal do HC que gasta 70% da receita do hospital, sobrando 30% para dar conta de inúmeras necessidades. O vice-reitor afirma que a maior parte do tempo de gestão da reitoria foi dedicada ao hospital.

Na sequência, assume a reitoria um professor do HC que comenta:

“a manutenção de um hospital público, gratuito e com qualidade é um dos princípios básicos do seu programa de gestão e tem certeza de que a responsabilidade não é somente dos dirigentes, mas também de cada trabalhador do hospital. Solicito a colaboração de todos, inclusive do SINDITEST e dos docentes para o desenvolvimento adequado dos trabalhos durante a gestão.”

A intervenção do reitor no HC é das maiores considerando em especial o fato desse professor já ter sido, Chefe de Departamento da Oftalmologia, Diretor de Ciências da Saúde dentre outras funções gestão. **Constituiu para a sua campanha no HC a implantação de um novo modelo de gestão.** Dessa maneira, o reitor em reunião no HC, com base no diagnóstico feito anteriormente, anuncia o Planejamento Estratégico do hospital desenvolvido durante 4 meses com 300 participantes ‘imbuídos da necessidade de mudança’. Três 3 aspectos emergem desse processo:

1. Novo **organograma** do hospital, considerando que o anterior é extremamente burocrático e **centralizado** no qual todas as decisões passavam necessariamente pelo diretor geral. O novo organograma fará com que o processo decisório mais diluído e trará **co-responsabilidade** de gestão aos profissionais do hospital, tornando o modelo de administração mais ágil;
2. **Unidades Funcionais** onde cada unidade do hospital terá uma responsabilidade de gestão, gerenciada pela direção geral;
3. **Coordenação dos Hospitais Universitários da UFPR** é criada junto à pró-reitoria de planejamento, orçamento e finanças (PROPLAN) em função de que os hospitais universitários da UFPR: HC, Hospital do Trabalhador e Maternidade Vitor do Amaral deve estar representadas na administração da UFPR. É apresentada a coordenadora dos hospitais, com sua proposta de “implantação de um novo modelo de

administração para o hospital, estudado com seriedade e responsabilidade, fundamentado no estado da arte da ciência da administração e testado com sucesso em outros hospitais públicos”. Trata-se de um modelo **matricial** que reorganiza a lógica do funcionamento do hospital em Unidades Funcionais, sem modificar a estrutura dos serviços.

O novo modelo tem por **objetivos**:

1. Descentralizar as decisões e o processo de gestão;
2. Permitir a definição de objetivos, metas e compromissos.

Diagnósticos do hospital que determinam a necessidade de mudança:

1. Utiliza um modelo administrativo departamentalizado verticalmente, sem permeabilidade horizontal, com poder decisório fortemente centralizado e se caráter de co-responsabilidade;
2. Apresenta **isolamento social completo**, pela falta de visibilidade do cotidiano do hospital para a universidade como um todo; pela falta de articulação com o gestor SUS; pela falta de abertura ao controle social.

A definição de Unidade Funcional é dada como composta por um conjunto de serviços cuja afinidade pode ser coletivamente reconhecida pela produção de determinados bens que são consumidos por um público específico. Essas unidades têm uma matriz de gerência que reproduz a matriz de direção do hospital como um todo. As atividades meio são consideradas como unidades funcionais, **cada uma com seu gerente e sob o comando da Direção de Administração**:

- Administração das pessoas;
- Administração Financeira;
- Administração da Infra-estrutura;
- Administração do abastecimento;
- Informação (informática; custos e estatística; O&M e Modernização Administrativa; Arquivo Médico).

Quanto às unidades assistenciais, no seu conjunto, compõem a **Direção da Assistência**, tendo as unidades funcionais:

- Centro cirúrgico e anestesiologia;
- Farmácia e serviço de nutrição e dietética. As demais unidades assistenciais estão por se configurar, a partir de um *pool* de serviços que transitoriamente estão agrupados em três coordenações:
 - Atendimento externo
 - Unidades de internação
 - Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

A partir de trabalho progressivo, bem como, por decisão dos seus respectivos chefes e departamentos, esse “pool” de serviços que compõem as três Coordenações migram para configurar as unidades funcionais.

As unidades funcionais escolhem seu gerente mais dois suplentes em consenso com a diretoria. Os três são submetidos a um processo de desenvolvimento gerencial, no qual a própria unidade será tomada como campo de trabalho prático.

Os **gerentes negociam as metas de sua unidade**, dirigem o trabalho no sentido do cumprimento das metas e podem ser substituídos a partir da proposição da própria unidade ou diretoria caso não esteja conseguindo alavancar os processos para o cumprimento das metas.

Cada unidade funcional estabelece seu perfil:

1. Mapeia os espaços físicos que ocupa, identificando as áreas ou equipamentos que estão ociosos ou sobrecarregados;
2. Dimensiona seu pessoal e reconhece seus excedentes e carências;
3. Quantifica seus custos e sua produção em serviços e receita – de onde se extrai seu superávit ou déficit.

Os gerentes das unidades funcionais têm assento, com a diretoria, no conselho Gerencial, onde será decidido o destino dos recursos disponíveis, tendo em vista as necessidades institucionais e seus compromissos com a assistência, o ensino a pesquisa e extensão.

A **Direção do Corpo Clínico** fica desobrigada da esfera administrativa e assume a responsabilidade **normativa e de controle ético e de qualidade, bem como a de articular o hospital com o ensino, a pesquisa e a extensão**. Além das atuais comissões, passa a agregar: o médico-chefe do corpo médico; o enfermeiro-chefe do corpo de enfermagem; o serviço de

ouvidoria; o programa da humanização; o programa de Acreditação Hospitalar e o Escritório da qualidade.

Também faz parte do novo modelo administrativo, o cumprimento da Lei nº 8080/90, que determina que todo o serviço público de saúde esteja submetido ao controle social na forma de um Conselho Local de Saúde, que um ano depois lança Regimento Interno.

“É solicitado então que os conselheiros aprovem a implantação do novo modelo administrativo, enfatizando que a proposta é fator crítico para a sobrevivência do hospital.” (Ata de 06/05/2002)

Os representantes dos servidores técnico-administrativos apóiam, mas também **defendem que o diretor geral seja um administrador ou não docente**. O representante dos funcionários solicita que sejam discutidas também as seguintes questões:

1. Se a competência do conselho de administração é deliberativa ou consultiva;
2. Se o princípio primordial do hospital é assistência ou é o ensino, pesquisa e extensão;
3. A realização de alterações no regimento deste conselho, a fim de que os conselheiros se sintam mais instruídos e seguros ao deliberar;
4. Que esse conselho tenha um representante junto ao conselho universitário.

Para se ter uma idéia, o conselho de administração delibera inclusive sobre avaliação de contratos e compra de insumos.

A coordenadora do Novo Modelo – que é posta como membro do Conselho Administrativo, por sugestão do Reitor - esclarece que a área de **enfermagem** não configura uma Unidade Funcional e que o trabalho da enfermagem precisa estar sob o zelo de uma direção, nesse caso da **Direção do Corpo Clínico, que absorveu a Direção de Enfermagem** e atende todos os requisitos necessários para o seu desenvolvimento adequado. Enfermeiros ficam vinculados a todas as áreas funcionais, trabalhando na administração e na assistência. Dessa maneira a área de enfermagem perde a posição e direção e passa a assumir posto de Coordenação, subordinada à Direção do Corpo Clínico, com a finalidade de normatizar, acompanhar e desenvolver processos assistenciais. Um regresso deliberativo, discutido por mais de 6 meses e que culmina em 2003 na proposta de criação do cargo de Supervisor Hospitalar, para absorver atividades desempenhadas pela enfermagem – que deveria

desempenhar assistência. Além da enfermagem outras áreas perderam o nível de direção, como Serviços Médicos e Apoio Técnico.

Com relação aos Departamentos, **continuam sendo a autoridade suprema** no que se refere ao ensino e aos procedimentos que são realizados em suas respectivas Unidades Funcionais.

Há promessas para esse modelo como premiações para áreas que cumprem com as metas - **40% das economias ou aumento de produtividade serão destinados para investimentos na própria unidade, o restante para o hospital como um todo.**

O Representante dos Servidores técnico-administrativos contrapõe:

“É complicado tentar gerenciar as dificuldades solicitando mais trabalhadores e mais verbas, se o recurso existente hoje é esgotado no dia seguinte devido ao mau uso de materiais de insumos e de mão-de-obra. **Sem dúvidas, hoje o número de profissionais no hospital é superior às suas necessidades. (...) inclusive o uso de materiais é desproporcional à quantidade de pacientes nas unidades.** Hoje se usa a mesma quantidade de materiais para seis ou para doze pacientes. A chefia nenhuma quer abrir mão dos profissionais lotados em suas unidades, porque tem medo de fazer falta lá na frente. Está se tentando coibir ao máximo o gasto excessivo dos insumos, no entanto para evitar faltas futuras, os serviços costumam fazer seu estoque particular e sigiloso.” (Ata 13/01/2003)

Em 13/01/2003 em discussão acerca da ocupação dos leitos, se confirmam as observações do representante dos funcionários administrativos entre os chefes de departamento:

“Nem todos os serviços utilizam os seus leitos na totalidade, ficando os mesmos bloqueados sendo que poderiam ser utilizados por pacientes de outros serviços. O problema comportamental não acontece somente nessa questão mas em todas as áreas e está sendo corrigido gradativamente.” (Ata 13/01/2003)

Em maio de 2003 são apresentadas as unidades funcionais ao hospital, pelo grupo de implantação local. Com a Normatização de equipamentos no hospital – todos os equipamentos são patrimoniados como tentativa de HC não se responsabilizar por perdas e danos. Chefes de departamento e coordenadores de curso contestam afirmando que muitas vezes necessitam trazer equipamentos de propriedade particular para viabilizar a realização

dos procedimentos, como por exemplo, o glicocímetro na UTI, que nem sempre está em condição de uso.

As observações do representante dos funcionários da área administrativa do HC expõem de maneira clara as razões para os problemas enfrentados no HC bem como contradizem ao discurso recorrente do déficit de funcionários e da falta de recursos materiais. Nenhuma manifestação contrária ao relato do funcionário é feita por diretores, chefes de departamento ou coordenadores. E mais tarde, é confirmada entre chefes de departamento. Mesmo assim, semanas depois, o Reitor, o diretor geral e o Ministro da Educação Euclides Scalco se reúnem para contratação emergencial.

Em 06/8/2002 o HC recebe duas consultoras do hospital de Clínicas de Minas Gerais. Essa visita tem por finalidade a **formação dos novos gerentes** das unidades funcionais. Essa formação tem como plano **3 meses** de curso divididos em 3 módulos aplicados em fases de concentração e de prática. Na fase de concentração, os professores realizam um **depósito conceitual de ferramentas de gerência** em cada início de módulo. Na sequência, consultoras voltam à Minas Gerais e os gerentes ficam incumbidos de **implantar essas ferramentas** e metodologias em suas unidades funcionais, **prestando contas** desse trabalho no final do mês desse trabalho, quando os professores que retornam. **Os professores reavaliam os trabalhos realizados e um segundo depósito conceitual é ministrado aos gerentes.**

O novo modelo administrativo do HC é coordenado pelas consultoras do HC-UFMG. No HC o modelo que passa a ser coordenado pelo diretor Corpo Clínico tem como referência três hospitais: o Hospital Municipal de Volta Redonda UFPE, o Hospital Santa Casa Pará, e o Hospital de Clínicas da UFMG.

Em 2004 algumas unidades funcionais estão em implantação: Direção de Assistência, Unidades do Centro Cirúrgico, de Farmácia Hospitalar, Nutrição, Direção Administrativa, Unidades de Abastecimento, Financeira, de Informação, Infra-estrutura, Operacional e de Pessoas. No organograma o Conselho de Administração fica no centro, seguido do Conselho de Direção, o CODIR e das gerências. Os gerentes devem ter formação em nível superior em quaisquer áreas e são indicados pelas áreas. Porém o gerente **é apenas condutor dos processos de decisão**. Alguns princípios de agregação são anunciados como: **evitar a fragmentação, respeitar a lógica da linha do cuidado, evitar separação física dos serviços componentes, evitar unidades muito complexas**. Ao todo seriam implantadas 18 unidades

funcionais. Com a figura dos gerentes nas áreas, volta-se a discutir **o não cumprimento da jornada pelos professores**. É possível imaginar o porquê da baixa adesão e comprometimento de vários departamentos com esse modelo de gestão.

Depois de investigações, o Tribunal de Contas recomenda que sejam adotadas medidas que assegurem **o cumprimento da jornada de trabalho estipulada, explicitando que a situação médicos à disposição, mas não no local de trabalho não tem amparo legal. Também obriga que se atualize o cadastro dos funcionários que acumulam cargos na iniciativa privada de modo a incrementar o controle de afastamentos por licenças médicas.**

A lentidão do sistema de informações do HC dificulta os propósitos da gestão por unidades funcionais. A gerente da área justifica que devido ao número de informações o SI precisa de atualizações. Foram 6 anos de desatualização, sem *upgrades* no *mainframe* do computador central, além da dívida de 400mil com a IBM. Como solução é sugerido trocar o SIH/HC pelo MED TRAK utilizado em hospitais do Brasil e do exterior. Sem recursos, o serviço de informática passa a bloquear a emissão de relatórios de 08:00 a 11:30, com exceções para emergências. Salienta-se que a descentralização de informações de saúde depende da integração entre as diversas unidades de serviço. Rotinas, procedimentos e esquemas interpretativos e responsabilidades precisam também passar pelas mudanças do sistema e da tecnologia.

4.13.6 Uma Pausa para o Tribunal de Contas da União

As auditorias do TCU não dão mais descanso, e os resultados da auditoria de 2000 são apresentados. O relatório aponta ex-diretores e o chefe de serviço de transplante de medula óssea como responsáveis pelas seguintes irregularidades: **cobrança de procedimentos de transplantes de medula óssea para tratamento de particulares, cujas despesas não são arcadas pelo SUS e descumprimento do critério de ordem cronológica de inscrição para atendimento de pacientes portadores de leucemia mielóide crônica. A multa aferida é de 3 mil reais descontados dos proventos/vencimentos dos responsáveis.**

Afirma o Tribunal de Contas da União:

“No caso do HC da UFPR, integrante de uma autarquia federal, ainda que seus estatutos e regimentos internos prevejam a possibilidade de arrecadação de receitas por prestação de serviços de saúde a instituições privadas de seguro de saúde ou a particulares, essa pretensão não tem amparo legal, pois segundo a Lei 8.080/90 que instituiu o SUS, todos os hospitais universitários públicos, integrantes que são da administração indireta, integram incondicionalmente o SUS, independente da vontade de seus dirigentes”. (Ata 13/09/2004).

Mais tarde, em 2005, em nova auditoria do Tribunal de Contas da União é apontado que **74% dos médicos lotados no HC têm dupla jornada e que com certeza serão solicitados esclarecimentos sobre esse assunto.**

Em nova auditoria interna, no final de 2005, do TCU e Controladoria Geral da União no Estado do Paraná, é exigido que seja informada: **qual é a jornada de trabalho legalmente prevista e a jornada de trabalho efetiva e de cada uma das categorias profissionais** (enfermeiros, médicos, administrativos...). Apresentou também a Nota de Auditoria para o diretor geral, informando indícios de que **servidores aposentados no cargo de médico e/ou professor, permanecem exercendo a medicina ou atividades correlatas no âmbito privado**; condição que não se coaduna com as concessões de aposentadorias por invalidez permanente e com as isenções de imposto de renda objetos dos processos analisados. **Outras investigações recaem sobre trabalhadores afastados que continuam trabalhando em outras organizações.**

4.13.7 O Novo Modelo Volta à Cena

Em 2005 se discute novamente o anteprojeto do Regimento Interno do Hospital de Clínicas com a **necessidade de se expor a nova estrutura** do HC incluindo as Unidades Funcionais e se integrando também o SUS. Na qualidade de campo para o ensino, a pesquisa e a extensão, permanecem, a todos os títulos, sob a responsabilidade **‘intransferível’** dos Departamentos de Ensino do Setor de Ciências da Saúde. Quanto às fontes de renda estão mencionados o tesouro Nacional, serviços prestado aos SUS e a terceiros (corresponde a exames feitos para outros hospitais, com valores depositados na conta do HC). Não há irregularidades nesse procedimento.

Apresenta-se a nova estrutura no regimento do HC:

- Diretor Geral;
- Diretoria de ensino, pesquisa e extensão;
- Diretoria da Assistência;
- Diretoria do Corpo Clínico
- Diretoria financeira.

As atividades do HC passam a ser integradas administrativamente, sob uma diretoria, adotando um modelo descentralizado e participativo de gestão, que se efetiva por meio de unidades gerenciais denominadas Unidades Funcionais. Dentre as questões recorrentes configura-se o **orgânico-gerencial**, que para os proponentes trata-se de um modelo de gestão integrada. Funcionários insistem na discussão acerca do termo participação tendo em vista que pressupõe uma revisão nos valores relacionados ao poder, diálogo e conflito de idéias.

O diretor geral reitera que o magnífico reitor (prof. Moreira) foi eleito com essa proposta e resta ao hospital apenas discutir o aspecto funcional desse novo modelo de gestão. Os técnicos administrativos questionam novo regimento do HC e pedem vistas: se quer esclarecimentos sobre Participação, certificação, unidades funcionais, descentralização, retorno da direção de enfermagem, revisão do regimento em dois anos.

No ajuste do Regimento:

“o hospital de clínicas é um órgão suplementar da UFPR, vinculado à reitoria, com a finalidade precípua de oferecer campo apropriado para o ensino, à pesquisa e à extensão na área de saúde e afins, integrando o SUS, na qualidade de hospital de referência”. (Ata 09/05/2005)

Outra alteração necessária no Regimento é a Criação da Coordenação Médica – exigência do conselho de medicina em fases anteriores. No HC estará subordinada a Direção do Corpo Clínico, assumindo função normativa não administrativa. É eleita e como na Enfermagem, não é remunerada.

Em março de 2006 o professor da Tocoginecologia solicita que seja discutido se é pertinente apresentar nas reuniões os elogios e agradecimentos enviados por pacientes e familiares, considerando que é obrigação de todos, atender bem. O diretor geral afirma que essa prática tem a finalidade de valorizar e estimular os profissionais que atuam nessa instituição, **bem como o registro em atas para um futuro resgate se necessário**. Conselho

decide cessar as apresentações, que serão expostas apenas no CODIR, divulgação do jornal, murais. Nota-se aí a tentativa de se acumular registros favoráveis ao hospital visando a legitimidade frente a órgãos como o Tribunal de Contas, bem como de outras organizações externas; além da captação de recursos via doações.

Em meados de 2006 mais um **Relatório de Auditoria de Gestão pela Controladoria Geral da União** é levantado. Dentre os problemas já conhecidos:

- Existência de funcionários contratados pela FUNPAR exercendo função pública;
- Não cumprimento da jornada integral de trabalho por parte dos servidores. O hospital não possui controle efetivo do ponto dos servidores e, **enquanto a unidade não puder garantir o fiel cumprimento da jornada integral, não prospera a alegação de insuficiência de servidores;**

- **Acúmulo ilegal de cargos públicos.** Servidores do HC ocupam ou acumulam cargos cuja jornada perfaz 40 horas e que comprovadamente através de folha ponto, não cumprem nesse hospital. É recomendada a instauração de processos administrativos.

- **Alguns servidores exercem ilegalmente a gerência de empresas privadas ou participam de sociedades cooperativas,** como é o caso da UNIMED, AMIL dentre outros. A maioria dos médicos participam de sociedades cooperativas e para a Controladoria, há que se **‘recorrer da recomendação de demissão dos mesmos’.**

Em setembro de 2006, acontece a última participação do professor Diretor do Corpo Clínico. Em 02/02/2007 outro professor assume esse cargo. Não há nenhum registro acerca dos motivos da saída repentina desse professor. Alguns funcionários do HC suspeitam intervenção da reitoria. A Coordenação Médica, sequer frequenta as reuniões do conselho de administração.

Final de 2006 e o SIH/HC - Sistema de Informações Hospitalar do HC próprio que não suporta mais a carga de informações do hospital que conta com 360 terminais. Dirigentes do HC buscam um programa adequado às necessidades do HC **por solicitação e orientação da AAHC – Associação dos Amigos do HC.** Tem o seu início com os contatos mantidos com a direção geral e unidade de informação do HC. **O objetivo principal do sistema é fazer com que as idéias concebidas no nível estratégico da organização cheguem às atividades operacionais, garantindo a ligação entre estratégias e execução. Representa um conjunto de indicadores que permita acompanhar em detalhe o dia-a-dia da organização,**

medindo processos internos, avaliando o atendimento aos clientes e medindo o resultado financeiro da organização”. Ressalta-se aqui mais uma metodologia conhecida no campo da administração que tenta ser implantada cirurgicamente no HC. A referida metodologia, conhecida como Balanced Scorecard, sequer foi citada pelos proponentes que deliberam adotar 3 perspectivas, ignorando a Perspectiva Aprendizado e Crescimento.

Como objetivos secundários para a proposta tem-se:

1. Perspectiva Cliente: promover qualidade no atendimento ao paciente, disponibilizando informações rápidas, eficientes e seguras; reduzir a burocracia no trabalho do médico possibilitando que ele utilize a maioria de seu tempo com o paciente; eliminação de erros de administração de medicamentos ao paciente;
2. Perspectiva Processos Internos: controle de processos; eliminação da duplicação de digitações; possibilidade de conferência de documentos através de informações totalmente integradas e disponíveis em qualquer local; controle apurado do estoque, movimentação de produtos de forma integrada com a conta do paciente;
3. Perspectiva Financeira: redução de custos e desperdícios; controle do desempenho dos planos de atendimento médico, produtividade dos profissionais e lucratividade dos procedimentos realizados; gestão completa da instituição possibilitando um controle detalhado de custo, receita e lucratividade da instituição.

Dentre as metas para 2006/2010 (2006 já finalizado):

1. Manter o foco no Paciente/Aluno/Colaborador;
2. Cursos de capacitação dos gerentes;
3. Programa de humanização e Acreditação;
4. Equilíbrio financeiro do hospital;
5. Melhoria do sistema de informatização.

A empresa que desenvolveu o sistema **foi disponibilizada pela AAHC** – a Digidata Consultoria e Serviços de Processamento de Dados. Foram avaliados os custos para 3 propostas dessa empresa:

1. Proposta 1 (Externo) – 12 meses e custo máximo é de 2.978.000,00.
2. Proposta 2 (Novo Sistema) - 18 meses e custo de 3.130.000,00;
3. Proposta 3 (Reengenharia) – 14 meses 2.930.000,00.

A terceira proposta é aceita e dentre os benefícios da proposta de reengenharia estão: aumento da média de faturamento; garantia de faturamento de prescrições; 30% de redução de estoque; 50% de redução de glosas; melhor gestão do centro clínico; aumento da produtividade médica com prescrição e prontuário eletrônico; redução de exames feitos desnecessariamente ou em duplicidade; disponibilidade de relatórios gerenciais.

Dentre os passos da implantação estão: a aprovação do Projeto **pela direção da AAHC, Direção do HC e Reitor**; Busca de recursos e quem providencia é a AAHC; realização de visitas a hospitais referência; planejamento das atividades; e implantação do projeto. Para esse grupo o sistema será transparente, prático e de fácil manuseio pelos usuários. E a migração dos dados será automática e não há riscos de perda ou troca de informações.

Destaca-se como prática no HC que os **modelos de gestão são sempre exógenos** e acompanhados por empresas ‘tidas’ como especializadas que apresentam ferramentas de gestão como equipamentos médicos. Tais modismos decorrem dos mesmos eventos, problemas de sobrevivência financeira decorrentes de processos de baixa eficiência. Até então, nenhum projeto de gestão que vise integrar as práticas de ensino, pesquisa e assistência.

O novo modelo de gestão de Unidades Funcionais apresenta alguns problemas em 2007, quando o PID - Programa de Incentivo ao Desempenho apresenta valores pagos correspondentes aos 6 primeiros meses. Alguns funcionários querem cobrar judicialmente, mas os recursos do HC não permitem tal pagamento, o que demonstra que o planejamento da gestão no HC não está estruturado ainda.

Final de 2008, mesmo com as dificuldades operacionais do modelo de gestão por unidades funcionais, é lançado o projeto de implantação da Unidade de Infraestrutura a ser responsável pelos equipamentos médicos hospitalares, engenharia clínica, transporte, projetos e obras e manutenção predial e industrial “deste **nosocômio**”. É o primeiro registro desse termo para o que se conhece como hospital.

4.13.7 As impressões sobre o Novo Modelo de Gestão

Na sequência serão apresentadas algumas narrativas, propositadamente longas, com a finalidade de se detalhar explanação acerca da gestão do HC entre 2002 e 2008. Busca-se com

isso ser ‘didático’ quanto a proposta do Novo Modelo de Gestão fundado em Unidades Funcionais em termos de contextualização espacio temporal, padrões de interação, conflitos, condutas estratégicas e consequências dessas condutas para o hospital e para seus atores. Destaca-se que o referido modelo tem como estrutura proposta a busca pela **racionalização** dos processos em todas as dimensões do hospital: ensino, pesquisa e assistência. Interessante é o fato desse movimento estabelecer nova área no hospital ‘a gestão’. Embora se tente estabelecer que esse modelo de gestão está inerente às atividades do hospital, ele não está. Embora se deseje adesão das áreas e parece não passar de um novo órgão organizacional presente principalmente nas atividades ‘meio’. Parece não passar de um processo de ‘burocratização’ embora se deseje gestão. As unidades que deram certo foram aquelas que não tinham aparentemente ‘donos’: abastecimento, hotelaria, cozinha, materiais. As de assistência ainda não foram ‘tocadas’ pela gestão, pois esbarram nos territórios ‘da academia’.

Na direção de Ensino e Pesquisa é possível perceber por parte do professor adesão às estruturas na medida em que ajudam a racionalizar as práticas. O conceito é apreendido no discurso, mas a prática se apresenta inviável pelas limitações de ação pelas pessoas, professores e médicos: não se deseja ou não se tem estrutura cognitiva que contemple a racionalização como necessidade para o exercício da prática?

“eu tenho, fica comigo, que a gente com esse dinheirinho que a gente ganha do sistema único de saúde, nós poderíamos ganhar um pouquinho mais e melhorar alguns processos, de registro de faturamentos algumas coisas assim. Até se tivesse mais organizado, mais elementos, mais números, mais dados completos, poderíamos até melhorar isso na organização do sistema único de saúde. Mas sem dúvida nenhuma esse dinheirinho pode render muito mais, mas muito mais mesmo, se na hora que eu estiver organizado, bonitinho eu racionalizar o uso, então tiver protocolos técnicos bem claro, bem definido.(...) Está acontecendo alguma modificação nesse sentido. Mas ela está dispersa, dispersa em algumas coisas e tal... estão fazendo escolhas erradas, às vezes não é nenhuma questão de escolha, às vezes é que aqui a pessoa **é insensível para fazer isso, aquele lá não quer nem saber**. Então eu tenho que dar uma arrumada geral e uma institucionalizada nisso, não tem mais você não quer saber. Esse é o grande desafio do momento.(...) É uma coisa extremamente complexa, porque nós temos aqui dentro linhas de produção (...) Eu tenho esperança que isso vai acontecer, e tenho certeza que não vai ser no meu período.”

A direção administrativa aprofunda a análise do problema na medida em que têm consciência das limitações de qualquer proposta de racionalização no HC: os problemas vão para além dos fluxos, moram nos níveis de consciência de quem lida com o ‘conteúdo’ dos

fluxos. Fluxos ajustados pela gestão, mas a atividade em si não é pensada nos termos pretendidos.

“Não adianta, por exemplo, uma coisa assim bastante concreta, não adianta a gente rever todos os nossos processos de distribuição de materiais e distribuir o material, por exemplo, eu tenho dez pacientes então eu vou repor dez frascos de soro um exemplo, que aquilo que foi usado no dia anterior, não adianta rever essa distribuição, essa logística de materiais bastante enxuta, se quem prescreve o medicamento, não tiver essa noção, e não tiver alguém controlando e orientando e dizendo pro residente para o R1 que recém saiu da faculdade e vem para cá, ‘olha nesse caso você usa esse produto porque ele é mais barato’. Se eu não tiver essa orientação eu nunca vou conseguir mudar (...) Então, por exemplo, não adianta a gente estabelecer todo um fluxo de exames, se quem pede o exame, pede exame sem necessidade. Não adianta eu otimizar o trabalho do laboratório, o processo interno do laboratório, que é a área meio, se quem demanda o exame não está. Então hoje o grande nó é esse. Se a gente não avançar nisso, a gente não avança.”

Para a de assistência que atua diretamente com as atividades de atendimento ao paciente o que se percebe é que nas unidades de assistência os professores e médicos resistem á presença de pessoas externas à área para liderar as atividades, mas também não desejam se ocupar das atribuições propostas para se chefiar um serviço. Ou seja, ‘não passo a gestão do serviço, não me disponho a fazê-la e não vejo sentido nisso’. Além das explicações já apresentadas para a ‘não racionalização’ pauta-se no fato de vários professores, atuais chefes de serviço, sequer comparecerem às suas áreas com a frequência necessária.

“As unidades funcionais é a salvação eu acho desse hospital atualmente, embora elas estejam num processo lento de implantação porque ela exige uma mudança de cultura muito grande (...) as pessoas acham que com a unidade não vai faltar mais nada, não, vai continuar tudo igual, porque a unidade funcional é uma maneira que nós vamos organizar os serviços, porque os serviços eram todos soltos. Tudo solto, e o hospital é uma cidade, o hospital é muito grande. **Então todo mundo trabalhava de uma forma bem, cada um na sua área ia trabalhando de pouquinho assim, tudo picadinho.** E aí as pessoas que estão lá na ponta sofrem as situações que você nem está sabendo. **Aí um belo dia cai o esqueleto na frente do diretor e ai ele fica, “meu Deus isso estava desse jeito e ninguém sabia”.** Porque era exatamente assim, que acontecia, porque ninguém se acha responsável. (...) Então você tem o gerente, eu tenho minha gerente do centro cirúrgico, ela resolve absolutamente tudo no centro cirúrgico, e lá ela tem o assento garantido aqui (reuniões do CODIR). Então eu não preciso de repente descobrir, e às vezes você fica assim, antigamente era só balcão de negócios, então o professor que gritava mais na porta de direção, ele conseguia mais coisa.(...) agora eu sei da real necessidade, o pessoal que está realmente lá na ponta trabalhando. Mas o problema é que nós começamos pelas unidades administrativas e foi bem. **E é uma mudança no processo de trabalho que as pessoas não aceitam, porque todo o seu trabalho vai ficar mais visível, seu trabalho fica exposto.** (...)”

Antes era uma loucura, agora não, eles (uma das unidades funcionais) têm a vida deles, eles têm as metas deles, eles sabem onde querem chegar, e é um colegiado assim. **Mas tem uma coisa, essas unidades onde a gente, criou as unidades funcionais, eram unidades que não tinham dono, então foi fácil.** Agora nós estamos entrando nas unidades assistências, onde nós entramos nos embates com os professores, com médico, com as pessoas que têm um renome um pouco maior, um poder maior. **O argumento utilizado para entrada é o cuidado com o paciente. Então é o plano de cuidado do paciente. Porque o paciente está muito segmentado.** Então às vezes o paciente é atendido aqui, é atendido ali, atendido de lá. Então a gente quer fazer uma coisa linear. (...) está mais difícil. Eles (professores) não atuam como chefe, eles não atuam. São pessoas que vem aqui utilizam a casa e vão para casa. Não se faz organização, não se tem protocolo de atendimento. Então se você não tem protocolo, você gasta mais. Não tem o controle do custo. Nada disso existe, eles trabalham de outra forma. (...) a idéia é ter um líder, ele vai ser um líder dentro do grupo, e ele vai dizer, olha doutor, nós estamos com uma média de permanência de sete dias, é muito alta, nós temos que diminuir pra tal, porque o SUS preconiza que seja tal. E aí? “Mas tem uma sarna de uma administradora que fica me buzinando lá, quem é ela pra dizer isso”. Então é complicado. (...) e **às vezes eles nem vão contra, mas eles também não fazem nada.**”

Para a área clínica do hospital a ‘ausência’ é prática entre os professores e médicos. Nota-se no discurso a percepção de relações insustentáveis para um hospital público. A referida professora reforça essa prática na medida em que coloca como choque cultural comparecer ao hospital todos os dias. Isso entre professores de jornada integral.

“não existia andamento nenhum há um tempo atrás, e quando começou a se organizar, espera aí, aqui não é casa da mãe Joana, aqui é um órgão público que tem hierarquia, tem normas, tem regimentos, **existe uma necessidade de administrar, de fazer gestão das coisas, isso tem poucos anos aqui.** Então é estranho alguém quer que eu pare de ler o jornal e comece a trabalhar, **alguém quer que eu venha todo dia,** exemplos assim muito grosseiros, mas era uma coisa que não era percebida aqui, quando **vem as férias que bom, férias escolares, oba não tem alunos, não tem professor, não tem médico não tem nada para tudo para tudo, prejuízo geral isso foi se tornando impossível óbvio.**”

Para um dos professores que também pertence a comissões de avaliação do MEC, as mudanças precisam iniciar pela Universidade, via regimento. E depois é preciso pensar no HC em termos de integração das áreas, dos ambulatórios. Essa falta de integração das especialidades faz com que um paciente passe em diversos ambulatórios com o mesmo problema. Esta-se diante de um problema estrutural que tem origem nos princípios estruturais da área médica: **a especialização, ou verticalização, ou segmentação.**

“A implantação desse novo modelo não está pronto, ele precisa ser aprofundado, **ele precisa de restauro da universidade para que isso aconteça.** (...) Você tem que ter toda uma mudança de cadeia. Se nós pararmos para pensar que o regimento da universidade data de pelo menos vinte anos atrás, eles não estão atuais para qualquer coisa que você queira fazer na universidade nos dias atuais. Se você parar para pensar a unidade funcional foi uma denominação *light* que a gente usou para mostrar aquilo que estava acontecendo dentro do Brasil nas instituições hospitalares que em vários lugares é tratado de forma diferente. No Albert Einstein é chamado de unidades de negócio, no complexo da Santa Casa de Porto Alegre é chamado de unidades gerenciais básicas, **na proposta do Ministério da Saúde são unidades de produção.** (...) E quando nós fomos reunir isso, que a gente foi reunir e fizemos uma reunião com a cardíaca, por exemplo, teve um residente que parou para pensar: **mas que coisa boa isso que vocês estão propondo, porque eu vou parar de ver o mesmo paciente três vezes em lugares diferentes. Eu perguntei para ele como assim, não porque eu vejo ele no ambulatório de hipertensão, eu vejo ele no ambulatório de e vejo ele no ambulatório de cardiologia geral. Então estão queimando três consultas para atender o mesmo paciente, enquanto ele poderia ser atendido com o seu problema em um único lugar, em uma única orientação, e isso se replica em várias outras áreas. Isso se replica no gasto com esse paciente, se cada vez ele é visto num lugar, alguma coisa é pedido de exame, alguma coisa é pedido de... Entendeu? Isso leva a um ônus exagerado, por isso gera fila de espera para conseguir um exame complementar, por que tem uma demanda de vários locais para fazer a mesma situação. Mas daí o que acontece você tinha agregação de serviço que pertence a departamentos diferentes. O serviço clínico pertence ao departamento de clínica médica, a parte cirúrgica ao departamento de clínica cirúrgica...**”

A área de enfermagem expressa a baixa adesão ao modelo que fora imposto e parece cumprir apenas função ‘normativa’: formação, ética, procedimentos. Essa proposta enfraquece os propósitos de implantação das áreas funcionais, principalmente porque esses profissionais estão presentes em todos os serviços de assistência.

“Com esse novo modelo de gerência foi teve-se perda da Direção de Enfermagem e foi assim muito ruim pra todo mundo. Quando começou essa mudança, **o modelo já veio pronto**, a idéia era diminuir o numero de direções e tal. E nesse modelo que veio pronto já a Direção de Enfermagem tinha saído, ficou subordinada a Direção do Corpo Clínico e passou a ser uma Coordenação. Apesar de a gente ter feito reuniões e discutido quando se apresentou um modelo imobilizado onde **não tivemos a menor chance de mudança de nada. Veio pronto e foi imposto.** A gente tentou negociar, tentou. Porque a gente entendia que toda essa questão da Direção, do numero de funcionários de enfermagem é muito grande e a gente achava que tinha que ter uma Direção. **Então isso representou uma desvalorização muito grande da categoria, dos profissionais.** (...) **tem gente que até hoje não se conforma e acha que a gente tem que lutar pela Direção de novo... mas eu assim, tem um grupo que acha que é**

uma discussão emperrada, que acha que a gente tem que trabalhar pela Coordenação mesmo e pronto. (...) Com essa divisão toda, então, assim, a Coordenação acaba sendo normativa então ela é muito restrita no que ela pode fazer.”

Na sequência tem-se a avaliação dos proponentes da modificação da Direção de Enfermagem. Atenta-se para o nível monitoração reflexiva da agente na medida em que apresenta a conduta estratégica do grupo proponente e as conseqüências impremeditadas de sua ação.

“Daí começamos a implantar o modelo começando a reviver as diretorias. Aí se tornaram mais seis que tem hoje, né? **Mas daí a gente tirou a diretoria de serviços médicos, a diretoria de enfermagem. Gente, vocês não sabem o que foi tirar a diretoria de enfermagem nesse hospital. E foi um erro estratégico fatal que nós fizemos. Porque nós acabamos desintegrando tudo que tinha sido feito.** Sabe? Hoje eu vejo assim, ainda hoje a enfermagem não enxerga os benefícios que a mudança da retirada dessa diretoria de enfermagem trouxe pro hospital e pras categorias também. Porque veja, hoje nós temos uma diretoria de assistência que pode ser qualquer um. Pode ser um diretor médico, uma enfermeira como tá lá e que pra categoria médica e de enfermagem, considerando toda a visão do todo que antes era muito médica, quando era na época que eram os professores médicos. **Gente eles não queriam nem saber de enfermagem. Que daí tinha uma diretora de enfermagem.** Porque daí era assim, era um diretor médico que tratava da parte médica e uma diretora de enfermagem que tratava da parte de enfermagem. E ela fazia muito bem o papel dela aqui. Ela foi muito atuante, ele fez um bom trabalho. Mas o que acontece, era médico e enfermeiro. **Eles não trabalhavam juntos.** Não era um trabalho em conjunto, era um trabalho em separado. Não existe isso pro paciente. **Pro paciente que é o nosso fim, eles têm que ta juntos.** Então que acontecia? Se tinha um problema administrativo pra resolver, digamos de pessoal. Daí, digamos, ah é da enfermagem, então você fala com a enfermagem. Tinha a chefe da enfermagem, que era a diretora da enfermagem que tratava isso e tinha o diretor médico que trabalhava com os médicos. Se faltava um médico, daí a enfermeira ela não podia ir lá e resolver alguma coisa. Ela tinha que falar com o médico, que ia resolver o problema do médico. Aí, por exemplo, tinha a faxineira lá. Aí, ela tinha dois chefes. Tinha muito chefe... Lá atrás. **Então a intenção quando nós decidimos mudar, era de que isso se tornasse uma coisa conjunta, que tivesse um processo de trabalho definido, que tivesse um fim, e que todo mundo trabalhasse junto e tivesse um comando.** Então essa era a idéia do novo modelo. Na enfermagem, tudo que eles tinham feito treinamento que eles tinham os processos de trabalho de enfermagem que eles tinham tudo organizado, seminários... Perdeu tudo. E aí o que aconteceu? A ponta perdeu muito. **Pra eles a enfermagem acabo, pronto. Gente até hoje nos estamos sofrendo isso. A enfermagem criou um grupo de um novo modelo, um contra-modelo e apresentaram pro reitor, esse contra-modelo, que era um grupo de enfermeiras.** Aí o que aconteceu, teve um monte de problema, porque politicamente pra ele também não era bom porque ele queria se reeleger. Ave foi um... **Mas conseguiu-se trabalhar de uma forma lá, faz um pouco, daí resolve e tal.** Mas daí quando o Moreira se reelegeu ele colocou a Mariângela como enfermeira. **E daí eu acho que isso foi uma**

das estratégias dele pra amenizar a enfermagem. E que foi muito bom, eu acho assim...”

O CODIR tem como estrutura básica um grupo formado pelas direções do hospital com a suas gerências e chefias distribuídas nas unidades funcionais. Os gerentes reúnem-se internamente pra discutir problemas internos, da área ou do serviço. Então numa frequência semanal existem as reuniões informais com as direções e uma quinzenal que acontece só entre os diretores, essa parece ser formal. Nota-se a dificuldades desses ‘gerentes’ de se infiltrarem de fato nas áreas assistenciais. Como o projeto de gestão é da reitoria muitos também resistem, principalmente a partir da ‘retirada’ de um diretor sem se saber as razões. Entra-se em conflito pelo fato de o modelo demandar **participação** quando algumas ações se apresentam **autoritárias**.

“Do Colegiado gestor, de gerentes, ela é semanal. **Numa semana é oficial, e na outra semana, ela tem um outro nome, mas é semanal.** Nos Colegiados internos, depende da decisão de cada Unidade, elas é que definem, se uma vez por mês, de cada 15 dias... De maneira geral o pessoal tem feito uma vez por semana, pelo menos no começo. Depois até eles passam mais. Mas é importante, porque aí a coisa vai se reproduzindo. **É um nível decisório a nível de Diretores e Gerentes, daí depois um nível decisório a nível de Gerente ou de Supervisores e Representante de serviços. Aí o representante de serviço tem que chegar lá no seu setor, na ponta que ta trabalhando e poder passar essas informações, pra poder coletar o que os outros pensam.** Então realmente é democrático, mas é muito difícil. Porque poder é poder, e tirar o poder...(...) Mas nós tivemos momentos de imposição, onde nós brigamos, onde nós botamos pra quebrar... **Porque a partir do momento em que você dá a algumas pessoas a oportunidade de se manifestar, essas pessoas elas se manifestam mesmo...(..)** Agora com relação a essa parte da reitoria, eu acho que a gente até tem certa facilidade com questões pontuais. Mas nos tivemos problema com regimento, tivemos problemas com uma retirada de um diretor sem a gente saber exatamente por que. (...) Então nos temos que colocar na cabeça deles que são indissociáveis essas três coisas.”

Dentro desse plano existem recompensas, sanções. Nesse caso a ‘cenoura’ apresentada nem a denominação de PID – Programa de Incentivos e Desenvolvimento. Inicialmente estimulante; o problema é que não tem plano, não verba, não tem orçamento... Então as metas passam a ser coletivas, da unidade, é esta que passa a receber... Espera aí... Tem orçamento?

“ O PID é programa de incentivo e desenvolvimento... Então é assim... No final do teu contrato lá, quando você vai assinar um novo contrato, daí você (gerente) tem as metas, você vai apresentar todo um relatório, se você cumpriu as metas cem por cento, você tinha lá um incentivo de 200,00 reais por funcionário, que isso vinha pro funcionário... Então era 100,00 no primeiro semestre, 100,00 reais no segundo, então

nos só fizemos uma vez, foi no primeiro contrato que a gente cumpriu todas as metas no final então a cada funcionário ganhou 200,00 reais... e aí já no segundo contrato... E agora ele já não existe mais, o PID... não deu certo porque isso é questão de orçamento, então não se consolidou... Então hoje, o que ta posto pra nós é que a gente vai ter um orçamento baseado no teu contrato de metas e indicadores o que você cumprir, não lembro se são 40 ou 60% que vem pra tua unidade pra você gerenciar, só que esse gerenciamento não é assim, você pega e gerencia, tem toda uma questão legal, tem processo licitatório, ele entra, na realidade, no geralzão do orçamento, do orçamento financeiro, porque, você tem que ter os dois casados... Você tem que ter financeiro e orçamento pra poder utilizar...”

Na narrativa da direção geral são apresentados alguns argumentos para a falta de comprometimento dos professores com relação ao modelo de gestão: a principal **responsabilidade**.

“No instante em que você vai pressionar alguém de uma área... Porque você não fez assim? **To com uma ocupação muito grande em cuidar dessa chefia e você vêm me amolar, me encher... Toma, fica com esse negócio aí... É a primeira reação que tem.** Em todos os níveis... Então você tem uma ou outra pessoa que faz questão de ser chefe, que briga pra ser chefe. (...) Isso é um risco enorme, permanente. E as multas, por exemplo, que o Tribunal de Contas da União ta dando não são mais as instituições, é pessoa física. É o endereço da minha casa não daqui, CPF nº tal. E a multa tem que pagar do bolso. A instituição não pode pagar a minha multa. Aí você pensa, a troco de quê eu vou fazer isso? Então essa é uma das grandes dificuldades administrativas que você tem. Ao tentar compor um quadro, gente mais competente que você tem, as pessoas não querem mais se envolver. Elas fogem. Então eu vou dar um exemplo, o nosso diretor de corpo clínico saiu e eu estava atrás de procurar uma nova pessoa pra tanto, pra corpo clínico. Aí um deles eu chamei aqui, uma pessoa muito competente, e convidei, expliquei, mostrei. ‘Então espera um pouco, eu não vou poder te dar uma resposta agora’. E ele me respondeu por carta que ele não ia poder aceitar. Com receio de que as argumentações que ele punha, que eu fosse interpor os argumentos. Então ele com receio de que não iria vencer os meus argumentos, ele resolveu me responder por carta. Pra ter uma idéia. E era comum as pessoas virem aqui, tomar um café comigo. E no instante em que eles souberam que eu tava procurando um outro profissional pra compor a minha equipe. **Eles sumiram. Eles passaram a entrar pela porta dos fundos, pra não ter que encontrar comigo.** Pra evitar que eu os encontrasse e ter que dizer não pra mim. Pra não ter esse constrangimento eles preferiam não ter que encontrar. E veja bem, pra ser diretor de corpo clínico, não era pouco, **teoricamente você é o vice diretor...** então isso da pra você uma idéia...(...) então o que acontece é o seguinte: **o hospital sempre se pautou por um messias, então sempre havia um semi-deus que sentava naquela cadeira** (...) Porque o hospital era da academia, a parte do ambulatório era da academia, e a academia não percebeu essa mudança, que o lado administrativo dependia daquilo lá. Eu sempre dizia **‘se o hospital afundar eu pego na mão de vocês e puxo tudo pro fundo do poço. Se o hospital afunda e academia afunda junto’**. E não perceberam que precisava ter o hospital funcionando em pé, para que a academia pudesse trabalhar melhor. Quanto melhor for o hospital no seu funcionamento, nas suas condições,

melhor o trabalho da academia. **E teve vários seminários, vários cursos, várias pessoas com doutorado com administração hospitalar que vieram pra cá e não deu em nada, fracassaram todos.** Eu tenho uma característica eu sou muito teimoso. E eu não tenho pressa, eu quero chegar lá, e um dia eu chego. (...) A unidade funcional não passa de uma unidade de negócios de uma empresa, de uma unidade gerencial de uma empresa. **Mas se você utilizar essa expressão negócio na saúde, nossa senhora, acabou, já começa... quer dizer safadeza. Há rejeição e pronto.** (...) Eu sempre brinco que o único lugar que eu vi uma mão andar sozinha foi no filme *Família Adams*, único, que em todos os outros lugares que tinha uma mão, tinha um corpo ligado com aquela mão. (...) Essa é a idéia. Tem um supervisor de área, certo, da para área específica. Tem um gerente pelo qual nos damos treinamento. **Já fizemos o curso e já treinamos 140 de gerentes**, só que o treinamento tem uma condição, é de nível superior, então ele responde... e ele senta no chamado colegiado gestor, que antes era o CODIR. Então eu sempre costumo fazer um exercício, ele é fictício, mas eu sento no centro da cadeira. Eu peguei um esteio, ‘tem a **cirurgia geral** que tem um paciente que ta lá a 15 dias e ninguém faz nada’. Aí me chama lá: ‘é um absurdo!, ta precisando do que? porque um troço desse é impossível, não sei o que!... Acontece o seguinte: ‘fizemos uma **biópsia** uns dias atrás e enquanto não sair o resultado da **anatomia patológica** eu não posso operar o cara’. Aí chama a patologia patológica: ‘bom espera aí pelo amor de Deus, eu no meu consultório dou a resposta em três dias, faz 15 dias que vocês tão com uma biópsia?!’. ‘Vocês têm gente suficiente pra tanto, não tem explicação.’ ‘Péra aí, não é bem isso, acontece que nós estamos sem material’. Aí vai pro **abastecimento**: ‘é realmente eles pediram...mas como não tem um negócio desses aí. Aí não eram compras... ta lá, porque não foi comprado, foi até licitado’. Tudo pronto. Vai na **licitação**: ‘Porque você não foi? Pêra aí, é um grande problema **financeiro**’. ‘Mas que absurdo um negócio desse aí, o valor é pequeno olha, cinco mil reais e o negócio parado aqui’. Aí o setor financeiro: olha.. e coça... e fica vermelho... ‘mas desembucha logo qual é o problema?’ ‘O senhor lembra aquela vez que nós tínhamos 500 mil reais, e mil de contas a pagar e aí teve que escolher qual poderia encaminhar e o senhor disse que a anatomia patológica podia ficar pra depois?’. **Então o culpado por esse negócio todo no fundo fui eu o diretor geral.** Só que esse povo todo hoje na fofoca. ‘Isso é uma porcaria, onde já se viu, você imagina 15 dias o cara internado lá, um bando de vagabundo. ‘Patologia, aquela porcaria pode fechar’. Então a fofoca de corredor. **Agora tão todos eles sentados lá. Aí fica olhando um pra cara do outro tentando se justificar.** Então este exercício é feito olhando um pra cara do outro, ou seja, com aquilo lá todo mundo fica sabendo o que acontece com os outros, porque as coisas não acontecem. (...) **não vai imaginar que é mar de rosas também, não vamos dourar pílula de mais não... mas então, na parte administrativa ta praticamente tudo acertado, e nos estamos cuidando agora da parte mais difícil que é a parte assistencial”.**

Diante do exposto acerca das práticas de gestão no HC é possível afirmar que os processos de racionalização no hospital iniciam a partir de meados da década de 90 quando o SUS estabelece algumas metas a serem cumpridas para efeito de pagamento de percentuais superiores. Todos os mecanismos de gestão empregados são exógenos, vindos de proposições de consultorias que na maioria das ocorrências se concentraram em dimensões financeiras.

Talvez pelas próprias estruturas de tais instituições, como a FGV. Outra estrutura cognitiva marcante entre os agentes do HC reside no fato de se pensar a nos modelos de gestão proposto com a mesma significação de um **analgésico ou de um processos cirúrgico** expresso em situações como: contratação de consultoria, apresentação de resultados e soluções; consultor interno com 30 dias para fornecer soluções de curto, médio e longo prazo, daí o **Plano 100 dia**. Mais tarde, um modelo de gestão por unidades funcionais que pressupõe a formação de gerentes em **três meses com depósito de ferramentas e posterior cobrança de aplicação**.

Se pensa em **racionalização** na racionalização dos processos sem se refletir sobre o conteúdo das práticas. Concentra-se na forma, ferramenta e não na institucionalização de conceitos fundamentais às novas práticas. Sim, os circuitos de reprodução de novos modelos existem, há repetição, há rotina, porém com propriedades estruturais contraditórias: de um lado se deseja racionalização na assistência e atendimento integrado e isso é reforçado pelo Ministério da Saúde; de outro se pensa na **especialização e na verticalização** explícitas nas avaliações de produção científica do MEC, nas grades curriculares distribuídas em dezenas de **disciplinas** que culminam em dezenas de **ambulatórios**.

5. POR UMA SÍNTESE

Apresenta-se nesse capítulo uma síntese da análise espaço temporal no *continuum* entre 1961 e 2008, considerando as variáveis de análise. A exposição se faz a partir da fragmentação do percurso em décadas caracterizando cinco momentos organizacionais apenas separados com a finalidade de facilitar a construção textual.

No Momento 1 tem-se o início das atividades no Hospital de Clínicas quando este foi inaugurado como espaço de ensino para os alunos da Faculdade de Medicina do Paraná. Destaca-se o prof. Átila Rocha como diretor geral do hospital juntamente com a chefia do Corpo Clínico e a Supervisão do Serviço Médico. Constam 107 funcionários de suporte à assistência aos indigentes (material didático) submetida ao ensino. Quando à pesquisa, apresenta-se pouco significativa. A organização se apresenta simplificada cumprindo basicamente com o objetivo de ensino, bem como pouco articulada com agentes externos. Dimensões externas são pouco consideradas e agentes tendem a ignorar a comunidade e os governos locais e regionais. O MEC é o fomentador de recursos à sobrevivência do hospital e exerce baixa pressão sobre os hospitais universitários. O uso constante da expressão ‘nosso hospital’ pelos professores caracteriza esse momento na medida em que estruturas são definidas a partir de dimensões mais internas, voltadas basicamente para professores dotados de interesses particulares ou de suas áreas.

Momento 1 – Anos 60	
Práticas	<ul style="list-style-type: none">• Concentração às práticas de ensino.• A prática da assistência é subordinada às praticas de ensino.• Os médicos voluntários passam a constituir o quadro de assistência. Entram no hospital a partir de indicações de professores catedráticos.• A residência é considerada como ensino prático. Mas pouco acompanhada por preceptores.• O indigente/paciente ou material didático é escolhido pelos professores para uso no ensino.• Prática da ausência dos professores se manifesta.

	<ul style="list-style-type: none"> • Estágios com durações indefinidas.
<p>Fatores Condicionantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Educação e Cultura é o principal provedor de recursos financeiros, materiais e humanos para os hospitais universitários. • Não há fiscalização ou avaliação deste sobre o hospital. • Rejeição a qualquer iniciativa de convênios de assistência estadual e principalmente municipal. • Fundo de Reserva como meio de alocação deliberada do Conselho de Administração. Premiações, gratificações, eventos, viagens. • Ausência de racionalização dos recursos e da gestão. • A estrutura do hospital é pequena em número de funcionários e relativamente simples considerando o número de atividades desempenhadas de maneira generalizada. • Espaço físico disponível. • Ambiente estável e simples.
<p>Principais agentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Professores: Átila Rocha, Atlântido. • Ministério da Educação e Cultura.
<p>Princípios Estruturais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O indigente é material didático e está sujeito à vontade do professor médico. • A escolha do material didático é uma decisão do professor médico, que também decide qual é o tempo de permanência deste no hospital. • A não obrigatoriedade do registro ponto/ausência na jornada de trabalho é privilégio aos professores que fazem parte do Conselho de Administração não precisam registrar ponto. • As relações de poder se manifestam na distribuição dos

	<p>espaços físicos do hospital, traduzindo-se na ocupação de leitos, pisos e blocos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O ensino médico é generalista. • “Nosso hospital”. • Assistência também como compensação e ganho. • Gerir é organizar a hierarquia.
<p>Estruturas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residência médica em fase inicial de definições. Os principais mecanismos de integração acontecem pela reivindicação de acompanhamento de preceptores. • Baixa interferência do Ministério da Educação e Cultura no hospital. Fonte de recursos alocativos. • O Conselho de Administração é constituído e passa a deliberar acerca do ensino, pesquisa e assistência. • O hospital de clínicas tem como finalidade o ensino. • A clínica médica é a mais fortalecida pelo número de professores de áreas. • O ensino médico é generalista fundado em poucas disciplinas. Essas disciplinas não reservam departamentos. • A direção do Corpo Clínico é praticamente sucessora natural da Direção Geral.
<p>Interações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interações quase inexistentes entre outros cursos da UFPR. • O serviço de enfermagem se responsabiliza pela gestão do hospital com relação ao cotidiano, rotinas. Materiais. • A USP é a primeira instituição a ser utilizada para a formação de gestão dos professores médicos. • Baixa interação com a reitoria. • O professor é dono do material didático. Paciente. • Baixa interação com organizações externas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Professores do Curso de Medicina constituem o ‘órgão máximo’ do HC. • Hereditariedade.
Episódios	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma Universitária em andamento. Alterações em termos de estruturas distribuição dos cursos.

O Segundo Momento é caracterizado pelo início dos convênios, que funcionam com chamariz à assistência. O Funrural é o mais interessante por desembolsar pagamentos viáveis pela assistência prestada. Mais tarde o Ministério da Previdência passa a constituir numa segunda fonte de recursos, na medida em que o Ministério da Educação e Cultura vai transferindo responsabilidades pelo custeio dos hospitais universitários. Dessa viabilidade da assistência decorrem as necessidades por ampliação dos leitos, dos atendimentos que continuam desumanizados. Com o aumento dos atendimentos e a prática da ausência é imperativa a necessidade de recursos humanos para o trabalho da assistência – daí a utilização de médicos voluntários e residentes. Os primeiros o fazem por conhecerem o percurso de entrada por contrato no hospital; o segundo grupo insiste na presença de preceptores. O ensino da medicina passa por definições de especialização e a Reforma Universitária fornece os primeiros passos.

Momento 2 – Anos 70	
Práticas	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos voluntários passam a ser considerados professores voluntários. • Professores voluntários passam a ser como médicos e professores no hospital. • Os estágios passam a ser regulamentados quanto ao tempo de estágio no hospital. • A prática do ensino envolve baixo questionamento sobre a assistência. • A assistência continua ‘desumanizada’. • Pesquisa incipiente. • Residentes intensificam a assistência em lugar de médicos voluntários.

	<ul style="list-style-type: none"> • Paulatina substituição de pacientes indigentes por pacientes contribuintes.
<p>Fatores Condicionantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os recursos do MEC diminuem para o custeio do hospital. • FUNRURAL e INAMPS consistem nas principais fontes de recursos. O primeiro é mais interessante do ponto de vista financeiro. • A atratividade inicial dos convênios fortalece as iniciativas à ampliação do atendimento. • Em contrapartida diminui-se a possibilidade de escolha do paciente, material didático. • Desconhecimento dos professores quanto a agências fomentadoras de pesquisa. • Residentes como médicos. • Baixo comprometimento dos residentes. Assistência em outros hospitais. • Paulatina saída do MEC com relação à responsabilidade dos recursos financeiros. • Espaço físico limitado.
<p>Principais agentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Professores Medicina: Gastão Pereira, Heinz Richer, Eugênio Silva Lopes, João Vieira de Alencar, Alberto Acioly Veiga, José Carlos Ross. • Externos: MEC, Funrural, INAMPS. • Residência Médica – como classe organizada. Reivindicações relacionadas a remuneração em lugar de acompanhamento de preceptores.
<p>Princípios Estruturais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Especialização. • Independência das áreas, disciplinas, departamentos. • O ensino pela assistência.

	<ul style="list-style-type: none"> • MEC – “hospital deve servir melhor a coletividade”. • As comissões consistem no mecanismo empregado para absorção de incertezas e abrandamento de conflitos. • Residentes precisam ser controlados e punidos. • Continuidade da expressão: ‘nosso hospital’. • Doentes da Previdência são ‘doentes-pagos’. • O hospital não atenderá mais indigentes e é selecionador de sua clientela. • Gerir é organizar a hierarquia.
<p style="text-align: center;">Estruturas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A direção geral do hospital é processo de indicação entre os membros do Conselho de Administração. • O Fundo de Emergência, anteriormente Fundo de Reserva passa a ser empregado para infra-estrutura de áreas que se consolidam. • Definições de complementos e gratificações são estabelecidas pelo Conselho de Administração a partir do Fundo de Reserva. • A Reforma Universitária expressa sinais de especialização. • Estrutura do curso de medicina em 7 departamentos tidos como independentes. • MEC – Hospitais Universitários são anunciados como Hospitais de Assistência. • Pagamento de honorários a professores médicos como estímulo ao aumento da assistência. • Conflitos: a ética da cobrança de honorários. • Convênios trazem a exigência de formalização dos processos: preenchimento adequado de formulários é fundamental. • Espaço físico distribuído arbitrariamente. • A direção do Corpo Clínico é praticamente sucessora natural da Direção Geral.

<p>Interações</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hierarquias estabelecidas entre Professores Médicos, e Médicos. Aos primeiros cabe o ensino e ao segundo a assistência. • A enfermagem é periférica: alunos do primeiro ano de medicina podem exercer atividades de enfermagem na assistência. • Relações com o Setor de Ciências da Saúde são incipientes, dependem dos padrões de interação estabelecidos entre cada um dos reitores com o hospital. • As relações com a área de enfermagem se manifestam conflituosas e defensivas. • Percurso dos profissionais: aluno, médico voluntario/professor voluntário, médico ou professor. • O professor é dono do material didático. Paciente. • Oportunismo nas interações com organizações externas. • Professores do Curso de Medicina constituem o ‘órgão máximo’ do HC. • Hereditariedade
<p>Episódios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma Universitária – instituição de 7 departamentos independentes. • Reforma Universitária prevê INAMPS e FUNRURAL. • Instituição do Setor de Ciências da Saúde. • Residência Médica passa a ser considerada pelo MEC como pós-graduação. • Revisão da utilização dos residentes. São médicos. • Primeiras discussões sobre a natureza jurídica do Hospital de Clínicas da UFPR: fundação. • Início da elaboração do Regimento Interno do hospital. • Convênios começam a se apresentar inviáveis. • Como receber honorários? Via Associação de Médicos? Não, via Fundação.

O Momento Três concentra as primeiras imposições ministeriais quanto aos hospitais universitários na medida em que reitera que estes devam fazer ensino a partir da assistência. O MEC endossa tais posições na medida em que lança o custeio dos hospitais universitários sob a responsabilidade do Ministério da Previdência em formatos de acordos interministeriais utilizando-se de discursos em torno da Constituição de 1988. O ambiente passa a exercer pressões ainda pouco consolidadas a partir de auditorias, normatizações. A figura do docente-assistencial passa a ser pregada como mecanismo de integração entre ensino e assistência. Porém a ausência destes é prática. Os convênios estão longe de serem viáveis frente aos custos e à falta de gestão e os hospitais iniciam a prática de despejo de pacientes de ‘fim de linha’ na porta do HC. Percebem-se os professores em constatações críticas: inviabilidade desses atendimentos, falta de qualificação para esses atendimentos. Fortes são os indícios de que a assistência começa a influenciar o ensino e a pesquisa. Os residentes passam a assumir algumas áreas e serviços.

Momento 3 – Anos 80	
Práticas	<ul style="list-style-type: none"> • Docente-assistencial como prática de integração entre ensino e assistência. • Não comprometimento dos docentes – ‘massa crítica’ com a assistência. • Presença dos professores apenas pelas manhãs para assumir aulas. • A escolha dos pacientes se apresenta limitada – AIHU • Sai a figura do médico voluntário adentra se fortalece o médico estagiário para cumprir assistência. • Solicitações de exames como mecanismo de absorção da incerteza por parte dos residentes sem preceptoria. • Estagiário é ouvinte. • Pacientes de outros hospitais são ‘jogados’ na porta do HC dado a avaliações de viabilidade da assistência. • Contratação de instituições e profissionais externos para o fornecimento de soluções.

<p style="text-align: center;">Fatores Condicionantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os convênios com o Ministério da Previdência consistem na principal fonte de recursos à sobrevivência do hospital. • HC é considerado como hospital referência. • Conflitos constantes com a residência médica. Indefinições acerca de papéis e não submissão destes às condições de dedicação exclusiva. • Residentes sem preceptoriam aumentam os custos da assistência. • Fase de autofagia percebida entre os membros do HC. Defasagem do ensino e das tecnologias empregadas. • Convênios se apresentam inviáveis para atendimento a pacientes de ‘fim de linha’. • A prática da assistência começa a condicionar a prática do ensino e da pesquisa. • Demandas do MEC pela construção de ‘novos significados para a prática docente’. • Glosas dos convênios com relação a procedimentos inconsistentes. Registros de prontuários. • Denuncismo da mídia. Controle social. • Escassez de recursos. • Início da Municipalização da assistência. • Padronização de Medicamentos. • Espaço físico limitado.
<p style="text-align: center;">Principais agentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Professores: Moura, Affonso, Pasquini, Akel, Cat, Wittig, Loddo. • Mais atuantes - Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Tocoginecologia, otorrino-oftalmologia e Saúde Comunitária. • Menos Atuantes – Patologia e • Auditores da Previdência. • Ministério da Previdência Social.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde. • Ministério da Educação. • Para o INAMPS médicos do Paraná não sabem tratar os doentes. • AMERECH – Associação dos Médicos Residentes do HC • Imprensa. • FUNPAR
<p style="text-align: center;">Princípios Estruturais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O Setor de Ciências da Saúde é responsável pelo ensino; e o hospital é responsável pela assistência. Distanciamento e polaridade. • Para o MEC – função de hospital escola é atender ao doente. • Para os professores – os convênios ‘atrofiam’ o ensino. Conflito: para o bom ensino é preciso a boa assistência. • A centralização de serviços representa falta de especialização. • Para os professores, os problemas com os residentes são de natureza doutrinária. Para os residentes, professores não cumprem com próprias obrigações. • Conflito: autofagia gerada pelos professores. • Dissociabilidade ensino, pesquisa e assistência parece inevitável. • Humanização do atendimento é bandeira entre residentes e alunos. • Assistência condicionante do ensino. Conflitos. • Premissas para a assistência pelo Ministério da Previdência e da Educação – Participação e Controle Social, Descentralização, Universalização do Atendimento, Regionalização e Hierarquização do atendimento. • Verticalização da pesquisa.

	<ul style="list-style-type: none"> • Somente professores médicos podem dirigir um hospital. • As soluções devem vir de fora do hospital. Exógenas. • Gerir é definir regras e funções. ‘Organogramação’. • Normatização. • A comunicação com a sociedade é importante.
Estruturas	<ul style="list-style-type: none"> • Finalidade do HC – ‘atender ao doente ou prestar-se ao ensino?’ • O HC é ‘gigante e complexo’. • AIHU – Autorização de Internação do Hospital Universitário • A ausência dos professores nos serviços de assistência gera ‘serviços acéfalos’. • Absorção da incerteza dos diagnósticos pelas repetidas solicitações de exames. • “Nosso HC” presente nos discursos de professores. • O HC é compelido a atender pacientes de fim de linha ‘lançados’ por outros hospitais. Mas se vê incapaz de fazer assistência de alta complexidade. Formação, pesquisa e viabilidade financeira. • Glosas de convênios como coerção às inconsistências de registros adequados em prontuários médicos. • A direção do Corpo Clínico é praticamente sucessora natural da Direção Geral. • Regimento do Hospital de Clínicas. • Modismos – Administração por Objetivos.
Interações	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade das famílias no HC. • Percurso claro: aluno, médico residente, médico e professor. • Residência inicia processos de aquiescência quanto à ausência dos preceptores.

	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias externas passam a adentrar no cotidiano do hospital. • Como residentes fazem assistência, reivindicam qualidade do serviço da enfermagem. • Residentes e alunos demandam por humanização do atendimento. • Relações incipientes com a sociedade. • Falta de confiança dos funcionários da FUNPAR com a Gestão do Hospital. Maior participação desses funcionários nas discussões. • Estudantes iniciam processo de participação nas discussões acerca do hospital. • HC tenta se comunicar com a comunidade via divulgação das 'coisas boas', diga-se números de assistência. • Espaço físico distribuído arbitrariamente e discutido. • Enfermagem e Nutrição demandam participação nas deliberações do HC. Sem êxito. • O Médico é dono do doente. • Oportunismo nas interações com organizações externas. • Professores do Curso de Medicina constituem o 'órgão máximo' do HC. • Hereditariedade.
<p style="text-align: center;">Episódios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cargo de Vice- diretor é criado pelo conselho de administração. • MEC anuncia que responsabilizar-se-á somente pela folha de pagamento. • MPAS - Introdução da lógica do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. • Constituição 1988. • Lançada a idéia de plano diretor do hospital de Clínicas. • Morte de 12 crianças num hospital do município. Médicos

	<p>são de formação na UFPR. Questionamento sobre a residência da Pediatria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constatação de que a saída da residência em algumas áreas acarreta no fechamento dos serviços, como a tocoginecologia. • Cobrança do MEC por posicionamento do Setor de Ciências da Saúde com relação às necessidades de ensino e pesquisa e contrapartidas de assistência. • MEC sugere a hospitais universitários apelo a sociedade civil. • Criação de Comissão Científica. • Contratação de um médico administrador externo.
--	--

No Momento Quatro tem-se o residente e os médicos contratados pela Funpar como principais agentes da assistência. Ao longo do tempo o hospital passa a assumir a assistência de média e alta complexidade, considerando o fato de ser tido como Hospital Referência Estadual. A continuidade da ausência de professores leva médicos a atuação no ensino. Os recursos financeiros continuam escassos, os valores pagos pelos convênios são insuficientes para o custeio do hospital. As verbas desses convênios se limitam a assistência. O ensino e a pesquisa são precarizados. A pesquisa continua concentrada em pesquisa patrocinada, o que gera controvérsias e contradições à pesquisa no hospital. A complexidade e o tamanho do hospital habitam as estruturas cognitivas de seus agentes que de maneira providencial mantém a prática da ‘exogeneidade’ na busca de soluções emergenciais e analgésicas para os problemas de racionalização da gestão. Por enquanto a indissociabilidade do ensino, pesquisa e assistência são constructos coercitivos de órgãos governamentais.

Momento 4 – Anos 90	
Práticas	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes fazem assistência. • Criação de comissões para absorver incertezas quanto às decisões do hospital. • Médicos e residentes fazem assistência e ensino. • A assistência passa a se concentrar no atendimento de média e alta complexidade.

	<ul style="list-style-type: none"> • O ensino passa a ser também desempenhado fora do HC e feito por médicos de unidades de saúde, sem acompanhamento de professores. • Atendimento a ‘pacientes particulares’ no 4º andar. Diferenciado. • Não cumprimento de jornada pelos professores. • Pesquisa patrocinada. Indústria de fármacos. • Especialização dos professores por meio de afastamentos para estudos fora do Brasil. • Captação de recursos via deputados, senadores, governos. Intensifica-se a prática de ‘passar o pires’. • Busca por soluções exógenas e urgentes. Analgésicas.
<p style="text-align: center;">Fatores Condicionantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes demandam aumento da remuneração. • O tamanho do hospital aumenta em número de leitos e funcionários. • A complexidade do hospital se intensifica na medida em que se constituem serviços e especialidades. • HC concentra-se na assistência de alta e média complexidade. O atendimento básico é feito em unidades de saúde do município. • Dificultada a escolha de pacientes por professores. • Dificultado o atendimento a pacientes de outros Estados. • Ampliação da estrutura física do HC via recursos das secretarias. O chamariz. • Pouco conhecimento sobre fontes de recursos para a pesquisa como CAPES e CNPq. • Espaço físico muito limitado.
<p>Principais agentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes – COREME define o número de bolsas para cada uma das áreas do hospital. • Professores – Loddo, Wittig, Martins, Mario Sérgio,

	<p>Szpeiter, Antoniuk, Moreira, Niazzy Ramos, Cat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde • SUS • Tribunal de Contas da União • Ministro Alcení Guerra. • Secretaria do Estado da Saúde. • Secretaria Municipal de Saúde. • Sinditest • Ricardo Akel – ex-diretor, atuante no Ministério da Saúde. • Reitor – Carlos Alberto Faraco. • Reitor – José Henrique Faria.
<p>Princípios Estruturais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produtividade. • Ministério da Saúde – Hospitais Universitários devem ser 100% públicos. Contradições acerca da sobrevivência financeira do hospital. • Princípio Indissociabilidade: ‘ajuste do ensino às principais necessidades da população’. • Projeto de educação alinhado ao projeto da sociedade. Contradições: como alinhar esses projetos se o HC fora impedido de receber pacientes para assistência básica. • Gestão Informação como principal mecanismo de gestão integrada. • Autonomia entre departamentos é sagrada e acentuada pela especialização. • Tempo de permanência é principal parâmetro de produtividade. • Articulação política é característica fundamental de um bom gestor do hospital. • Imediatismo. • Comunicação com a sociedade é importante para captação

	<p>de recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir é criar cargos e funções. Distribuir responsabilidades.
Estruturas	<ul style="list-style-type: none"> • Demandas do Ministério da Saúde endossadas pelo Ministério da Educação por Produtividade. • Dinâmicas gerenciais. • Professores do HC se percebem ‘pseudópodos’ da Secretaria da Saúde e da Universidade. • Conflitos: MEC deveria suprir hospitais universitários. • Questionamentos acerca da natureza jurídica visando a autonomia do HC com relação às secretarias e a UFPR. • Metodologia de Redução Escala – Classificação de custos fixos, diretos e indiretos. • A assistência ao paciente é acompanhada pelo Ministério da Saúde. • Liberação de Recursos via Produção do HC. • Produção do HC condicionada ao Cumprimento de Planos de Trabalho. • Glosas como mecanismo de coerção do SUS frente aos hospitais. Consistências nos registros. • Conflitos entre Hospital e SINDITEST. Desconfiança. • Espaço físico distribuído arbitrariamente em acordo com especializações. • A direção do Corpo Clínico é praticamente sucessora natural da Direção Geral.
Interações	<ul style="list-style-type: none"> • Medo de represálias dos professores por parte dos residentes. Perder bolsa. Silêncio. • UFPR consiste em limitantes à autonomia do hospital. • Relações precárias entre representantes do curso de medicina e demais cursos. Insistência por participação e

	<p>negação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O médico é dono do paciente. • Oportunismo nas interações com organizações externas. • Professores do Curso de Medicina constituem o ‘órgão máximo’ do HC. • Hereditariedade.
<p>Episódios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Greves de residentes são supridas com alunos do 6º ano de Medicina. • Residentes passam a receber bolsas do MEC. Não são mais remunerados. • COREME corta 19 bolsas para residência no HC pelo não cumprimento de requisitos. • Lei Orgânica que institui o SUS – Sistema Único de Saúde. • Ministério da Saúde passa a ser gestor da saúde. Municípios passam a fazer a intermediar em primeira instância essa gestão. • Diário Oficial da União – estabelece o princípio da Indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. • Redistribuição de médicos da Previdência (extinta) para o HC sem ciência e permissão dos professores. • Programa do Fantástico veicula reportagem sobre irregularidades na ‘fila’ de transplantes de medula óssea. (STMO). • Acordado entre HC e SUS credenciamento para Procedimentos de Alta Complexidade. • Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. • Discussões acerca da Reforma do Ensino Médico. • Aprovação da CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras. • Iniciam as Doações.

No Momento Cinco os distanciamentos entre o ensino, a pesquisa e a assistência são aguçados pelas contradições. O custeio do hospital acontece pela produção dos serviços que presta que se apresentam determinados em formatos de Acordos de Metas. Por outro lado o ensino se encontra precarizado pela escassez de recursos advindos do MEC, pela indisposição dos professores em se sujeitar às pressões do SUS e da Secretaria da Saúde, pela impossibilidade de fazer ensino e pesquisa com os pacientes/doença que desejam, mas com os pacientes encaminhados pelo SUS- SMS. O Ministério da Saúde impõe relação entre ensino e pesquisa com as demandas locais via municipalização, mas não financia pesquisas. A pesquisa é verticalizada e acentua cada vez mais as fronteiras entre os serviços e áreas que se especializam. A especialização das áreas e serviços fomenta estruturas de poder, isso num sistema que opera demandando universalização e atendimento integral e integrado que passa a também ser cobrado pela sociedade, pelos pacientes.

Momento 5 – 2000 a 2008	
Práticas	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes continuam responsáveis pela assistência, incluindo plantões. O pagamento desses plantões é irregular. • Médicos e residentes fazem ensino. • Médicos de unidades de saúde fazem assistência e ensino. • Registro de todas as pesquisas a serem desenvolvidas do hospital. Esse registro passa a ser empregado como instrumento de cientificidade às pesquisas. • Intervenções da AAHC sobre a aplicação e gestão de recursos financeiros do HC. • Pesquisas patrocinadas. • Atendimento à revelia do Estado a pacientes particulares. • Ouvidoria aos pacientes e familiares. Controle Social. • Busca por soluções exógenas a problemas de gestão.
Fatores Condicionantes	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do custo do ensino. • Impossibilidade de professores escolherem pacientes. • O ensino se faz com os doentes que são encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalização – tentativas por modelos de gestão ajustados às condições do HC. • Formalização. • FIDEPS como fomentador de pesquisa nos Hospitais Universitários. • Fiscalização e auditorias externas. • Limitação de espaço físico.
<p>Principais agentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes • Prof: Loddo, Mulinari, Moreira, Sória, Mario Sergio. • CRM - CRF – Conselhos Regional e Federal de Medicina. • ABRAHUE • SUS – SES/SMS • ANVISA • Conselho Local de Saúde • ANDIFES • AAHC – Associação Amigos do HC • HC Conta com Você • Tribunal de Contas da União. • Associação Alírio Piffer – Transplante de Medula Óssea • Sinditest
<p>Princípios Estruturais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compete a médicos a incumbência pelo ensino. É legítimo mas não regulamentado. • Racionalização. • Sobrevivência pela produção dos serviços. • Sobrevivência pela gestão. Gestão como acompanhamento e controle de resultados métricos. • Permanência das Internações como requisito de funcionamento. • Humanização do Atendimento. • A crise está no DNA do hospital. Inevitabilidade da crise.

	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir é delegar responsabilidades, mas centralizar decisões. • Planejamento como elemento fundamental da gestão.
Estruturas	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes ‘carregam o piano’ no HC. O prêmio, colocação profissional no HC como médico e professor. • Médicos não podem se negar ao serviço da assistência e do ensino. • Agentes do HC assumem vocação para atendimento de média e alta complexidade (secundário, terciário) • Contrato de Metas • Contrato de Gestão - SMS • Intervenção do SUS no ensino. Definições sobre o que ensinar e onde ensinar. • Central de Marcação de Consultas – determinante acerca dos pacientes a serem assistidos. • Critérios da Acreditação Hospitalar. • Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. • Distribuição de espaços físicos disputados em termos de números de representatividade na assistência. • A direção do Corpo Clínico é praticamente sucessora natural da Direção Geral. • Mimetismo - Hospital de Clínicas da UFMG. • Modismos – Balanced Scorecard. • Novo Modelo de Gestão – Unidades Funcionais. • Auditorias do Tribunal de Contas da União.
Interações	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes continuam demandando acompanhamento de preceptores. • Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Psiquiatria e Medicina Forense continuam reivindicando espaços físicos e estruturais no HC.

	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções do CRM sobre as atividades da área de enfermagem. • O médico é o principal responsável pelo paciente. • Oportunismo nas interações com organizações externas. • Professores do Curso de Medicina constituem o ‘órgão máximo’ do HC. • Hereditariedade. • Intervenções da AAHC na gestão do HC.
<p style="text-align: center;">Episódios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acusações de favorecimento e perseguição no concurso para residentes. • CRM – comunica ciência da assistência estarem concentrada nas mãos de residentes. • Alguns médicos exigem equiparação funcional com professores por fazerem ensino. • Pronto-socorro instalado. Convênio viável. • Re-incorporação da Maternidade Vitor Ferreira do Amaral para atendimento primário. • Desvinculação dos Hospitais Universitários pelas IFES. HC é responsável pelo próprio orçamento. • Primeira avaliação do ensino médico. Aplicada a alunos. • Criada a Direção de Ensino e Pesquisa. • Tribunal de Contas da União condena contratações via Fundação. • Tribunal emite pareceres sobre o não cumprimento de jornadas por funcionários do HC em todas as áreas. • Tribunal de Contas da União e Secretaria Municipal de Saúde proíbem atendimento ‘particular’. Determinam que o atendimento seja 100% SUS.

Destaca-se na referida análise a que alguns fatores foram especialmente condicionantes das práticas de ensino pesquisa e assistência dentre os quais configuram: a paulatina desvinculação do MEC no custeio dos hospitais universitários lançando responsabilidades a outros ministérios como Previdência e mais tarde Saúde. Essa transição acontece por mecanismos inicialmente sutis e aparentemente viáveis ao referido hospital no que tange aos primeiros convênios com o Funrural e Inamps. Acordos interministeriais selam essa passagem que se manifesta conflituosa e inviável para agentes do hospital que reivindicam o fato de ter de produzir em lugar de ensinar. O SUS consiste na principal fonte de pressão sobre os hospitais universitários e em especial sobre o HC –UFPR na medida em que estabelece parâmetros para as práticas de assistência limitando espaços de manobra dos agentes quanto ao ensino e a pesquisa. A simbiose ensino pesquisa e assistência não ultrapassa a boa vontade de alguns, o contornado discurso de outros dada a existência de contradições em torno de princípios estruturais. Na assistência, atendimento integrado e voltado às necessidades da população, municipalização e generalização; por outro lado acordos que estabelecem atendimento de alta complexidade. No ensino, a especialização, segmentação por disciplinas e departamentos que acabam por acentuar fronteiras entre áreas na medida em que reforçam relações de poder e controle sobre recursos; além da impossibilidade de se fazer ensino acerca da assistência básica, primária já inexistente no hospital. Na pesquisa, a verticalização proposta pelo CNPQ e CAPES e a pesquisa patrocinada amplamente discutida entre os agentes com relação à sua validade e condicionantes econômicos e comerciais.

As interações permeadas por tais contradições esboçam grupos e áreas incomunicáveis distribuídas em territórios físicos e de ação extremamente protegidos e disputados. A baixa integração entre os serviços é percebida nas interações pouco articuladas e intermediadas por tecnologias de informação defasadas e insuficientes para contemplar a complexidade da organização. As relações entre áreas parecem estabelecer abismos limitantes a transformações necessárias. Demais áreas do Centro de Ciências da Saúde lamentam, reivindicam espaços de ação no hospital tais como: Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Saúde Comunitária e Psiquiatria e Medicina Forense.

A gestão no hospital, conforme exposto durante o trabalho, se manifesta por muito tempo limitada à ‘organogramação’ avançando para práticas emergenciais expressas na contratação de empresas de consultoria, na criação de cargos com a colocação de profissionais

com a missão de empreender mudanças rápidas e de solução analgésica sustentadas em modismos gerenciais sem base estrutural. Frente às constatações postas no percurso do trabalho assume-se a responsabilidade do ponto final tendo-se clareza da amplitude e complexidade da organização em análise e das limitações e convites que toda empreitada científica desponta. Na sequência são apresentadas as conclusões e as recomendações que consistem muito mais em continuidade do que finalização.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como eixo fundamental a movimentação em termos de ensino pesquisa e assistência no Hospital de Clínicas da UFPR. À luz da teoria da estruturação é possível ‘contar’ a historicidade do referido hospital entre 1961 e 2008 sem perder a lateralidade dos episódios o que possibilita à pesquisa a transversalidade da análise das práticas de ensino, pesquisa e assistência no referido hospital na medida em que se destacam como elementos de análise agentes, estruturas e práticas. Sobre os agentes interessa o estudo da ação, da monitoração reflexiva e das condutas estratégicas empregadas na agência fomentada e contextualizada pela interação social, rotinização, conflitos, reprodução dentre outros circuitos que acessam para estruturas num processo dual, dinâmico expresso na recursividade das práticas que constituem um horizonte ‘histórico’ da ação social.

O horizonte histórico do HC apresenta as práticas de ensino como fundamentais, tendo em vista que o referido hospital tem como fundações a finalidade de ser hospital escola, ou seja, espaço para o ensino da Faculdade de Medicina tendo no **estágio** a expressão de suas estruturas inicialmente voltadas ao ensino prático da Medicina a partir do material didático que se dispunha: o indigente que quando escolhido como material didático passava a ficar sujeito aos propósitos de ensino dos professores na medida em que estes conservavam o tempo de permanência desse material o tempo que fosse necessário, um dia, um mês, cem dias...tais práticas são estruturadas também a partir do Ministério da Educação e Cultura, que fomenta bases para as estruturas curriculares do curso de Medicina. A interação dos agentes com a UFPR não apresenta força estrutural significativa sobre seus agentes na definição das práticas de ensino. Na medida em que o ensino passa a ser desenvolvido num hospital que atende a convênios e que estes passam a demandar por mais atendimento, ou seja, mais leitos os profissionais médicos passam a constituir interações com os alunos. Tem-se nas primeiras fases a figura do ‘**professor voluntário**’, que adentra no hospital por meio de indicações de professores titulares como **médico voluntário**. Esses médicos passam a desenvolver as primeiras práticas de ensino aos alunos de medicina na medida em que a assistência aumenta e que os professores ‘se ausentam’. O MEC, paulatinamente transfere a responsabilidade pelo custeio dos hospitais universitários por meio da prática contante de intermediação de convênios com outros ministérios como Previdência e mais tarde Ministério da Saúde. Agentes do HC percebem a necessidade de aumentar os níveis de atendimento como forma de

sustentabilidade do hospital. Enquanto isso, leitos vão sendo ocupados e mais médicos são contratados para a assistência. Prova do envolvimento dos alunos da graduação com a assistência são evidenciadas na medida em que estes passam a questionar os valores acerca do atendimento: esses agentes questionam o **tecnicismo** e exigem **humanização** do atendimento bem como passam a demandar mudanças nas estruturas curriculares.

As estruturas curriculares do curso de Medicina evoluem ou aprofundam para a **especialização, verticalização** e conseqüente **segmentação**. Em termos de assistência implica no atendimento de alta complexidade, ou seja, no atendimento terciário e quartenário. E é possível afirmar que as estruturas de assistência influenciaram as estruturas de ensino e pesquisa na medida em que agentes do HC, em especial professores se percebem pressionados por esse atendimento no tempo em que pacientes de ‘fim de linha’ eram ‘jogados na porta’ do hospital.

Em decorrência do grau de especialização da assistência complexa vê-se o HC sem possibilidades de fomentar estágio aos seus alunos com relação ao ensino de atendimento primário, fundamental à formação dos médicos. Daí a prática de ensino dos alunos de medicina da UFPR ser desenvolvida ‘fora do HC’ em outras unidades de saúde, hospitais, postos de saúde integrados ao hospital. Que professor vai sair do HC para ensinar os alunos? Poucos, para não dizer nenhum. Quem fica com a responsabilidade pelo ensino? Os médicos. A prática do ensino pelos médicos não é regulamentada, mas já está institucionalizada entre os professores. Quanto aos médicos de boa vontade resta ‘tirar’ o tempo, ‘ter’ paciência e desenvolver a aptidão didática, o exercício os levará à perfeição... Desse conflito, professores aquiescem, mas passam a exigir ‘isonomia’ com os professores.

Além dos alunos da graduação de medicina, existem os alunos da residência médica. Por mais de uma década a residência médica no HC atuou no HC sem o reconhecimento do MEC como curso de pós-graduação. As interações entre residentes e professores do HC sempre conservaram o conflito. Inicialmente residentes exigem a preceptoria o acompanhamento dos professores; enquanto professores exigem a dedicação exclusiva por parte dos residentes. O tempo passa e as rotinas dos residentes culminam na aprendizagem pela assistência não pelo ensino. A institucionalização dessa prática se consolida na medida em que residentes passam a demandar não mais pela presença do professor, mas pelo aumento da remuneração. Literalmente, os residentes ‘carregam o piano’ na assistência. Agora com bolsa do MEC. Aquiescem em troca de entrada nos quadros de docentes ou médicos do HC.

A grande maioria dos residentes já teve doutrinação no HC, conhece o caminho das pedras, e faz da residência a promessa da carreira no curso de medicina da UFPR, do lado de lá.

A assistência no HC é prática inevitável. É iniciada como **meio** para o ensino. Mais tarde como **meio** de sobrevivência. Hoje dados às proporções de atendimento é considerada pela maioria dos funcionários como **finalidade** principal do HC. Conforme foi exposto, a prática da assistência é estruturada principalmente a partir dos **convênios**: de um lado o MEC vai se isentando da responsabilidade pelo custeio dos hospitais universitários; por outro, as estruturas de assistência vão se consolidando nesses hospitais na medida em que controlam os recursos alocativos para sobrevivência dessas organizações. Inicialmente não passam de convênios que pagam por acordos, como Funrural. Depois algumas incursões fiscalizadoras, normativas como o INAMPS. Mais tarde o Sistema Único de Saúde. O SUS passa a constituir numa das estruturas mais fortes no HC na medida em que se determina que 100% dos atendimentos dos hospitais universitários sejam desse sistema.

As intervenções do SUS no HC não se limitam ao convênio, elas adentram ‘nos intestinos’ da instituição controlando a entrada dos recursos via pactos de assistência, fiscalizando procedimentos, auditando práticas, glosando atendimentos, e principalmente decidindo sobre quem são os pacientes a serem atendidos. Professores relutam na medida em que perdem o direito de decidir livremente sobre ‘qual paciente’ atender. Dentre os princípios estruturais do SUS estão: **hierarquização, municipalização e atendimento integral**.

A hierarquização acontece na medida em que hospitais são ranqueados para o atendimento dentro de espaços regionalizados: o HC atende a pacientes de alta **complexidade** (terciário e quartenário); o que trouxe mudanças nas práticas de ensino. Com a municipalização, a Secretaria Municipal de Saúde passa a ser **gestora** do SUS mediando o Ministério da Saúde no local. A municipalização trouxe aos agentes, em especial aos professores a dificuldade de atender pacientes de escolha para o ensino e a pesquisa. O ensino e a pesquisa ficariam condicionados às demandas do município quanto às doenças daquela população. O atendimento integral traz expressões nos processos de **humanização** do atendimento é operacionalizado nas auditorias, na Acreditação Hospitalar, nas ouvidorias. O atendimento integral traz junto de si uma contradição fundamental para o HC: como atender integralmente se a estrutura de ensino e pesquisa concentram princípios de **especialização** reforçados inclusive pelas estruturas do MEC, via órgão fomentadores de pesquisa que **verticalizam** o conhecimento?

A pesquisa no HC é pouco expressa no HC no início dos tempos. Geralmente financiada por recursos próprios, como o **Fundo de Reserva** que a partir de solicitações de ofício eram liberadas por membros do conselho de administração, composto por professores que atuam nas direções. Nota-se que um dos principais agentes do HC o professor Israil Cat questiona a utilização desses recursos para pesquisa e apresentam aos demais professores a CAPES, o CNPQ. Atualmente poucas áreas são reconhecidas por esses órgãos em termos de pesquisa. As verbas desses órgãos no HC se concentram basicamente em bolsas de mestrado, doutorado e pós-doutorado.

A maioria das pesquisas no HC é financiada pela indústria farmacêutica, engrossando os números de ‘pesquisas patrocinadas’. Essa consiste na principal prática de pesquisa, porém muitos professores questionam a validade de tais pesquisas na medida em que se limitam à testagem de medicamentos. Outros ainda questionam os interesses econômicos e comerciais desse tipo de pesquisa. A prática das pesquisas no HC é também na maioria dos casos ‘isolada e individual’. Não passam de três as áreas citadas como articuladas e desenvolvidas por vínculos institucionais. Por serem individuais e pelo MEC fomentar a especialização tem-se no HC inúmeras ilhas de especialidades com pesquisadores ‘donos’ de áreas pouco articuladas entre si.

Quanto à natureza das interações no HC concentram também a dominância de aspectos relacionais personalísticos além da hierarquia de profissões. Agentes valorizam o **prestígio individual** na medida em que são expressos os reconhecimentos, as honrarias, os louvores. Eles se relacionam pouco entre as áreas, passam a maior parte do tempo que passam no HC guardando seus territórios, seus espaços de poder no campo do ensino, da pesquisa e principalmente da assistência, mesmo não a praticando. Isso se expressa na medida em que competem por **leitos e** definem espaços pela acentuação dos níveis de **especialização** que delineiam. Quanto às relações com outros cursos do Setor de Ciências da Saúde se manifestam incapazes de promover interações densas, na medida em que reforçam a hierarquia da medicina sobre - a Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Odontologia e Saúde Ocupacional – o argumento, para tal: ‘médicos são donos dos pacientes’.

Longe de se conseguir simbiose entre ensino, pesquisa e assistência. Embora essas sejam as três finalidades do hospital, embora tenham sido amplamente refletidas, mas com baixa monitoração reflexiva, os agentes do HC continuarão acentuando diferenças entre essas três estruturas.

Quanto às recomendações sugere-se a continuidade desse estudo incluindo para as análises de momentos que envolvam o aqui e agora de maneira a incluir mais análises mais constantes via observação não participante no referido hospital. Outra recomendação consiste no estudo em outros hospitais universitários buscando a comparação da estruturação das práticas de ensino, pesquisa e assistência frente às interações entre agentes internos e externos.

Recomenda-se para estudos estruturacionistas a consideração da historicidade, dos episódios que demarcam (des)continuidades sustentadas na atenção às limitações que estes estudos implicam quando os registros não são suficientemente elaborados pelos agentes. Registros como atas são fundamentais à construção de estudos longituninais abrangentes. Mesmo que o pesquisador conte com as entrevistas, questionários aplicadas com agentes vivos que tenham constituído momentos do passado a ação passada é sempre (re)constituída pelo agente e as histórias se multiplicam aos olhos do pesquisador.

Dessa maneira sugere-se para investigações longitudinais o acesso a registros detalhados e seqüenciais visando o máximo possível de fidelidade ao contexto espaço-temporal que constitui cada um dos momentos sem perder de vista a recursividade implícita nas interações sociais.

7. REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. *Chaos of Disciplines*. Chicago: IL: Univ. Chicago Press, 2001.

ABBOTT, A. *The system of professions*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

AIKEN, Michael; HAGE, Jerald. Organizational Interdependence and Intra-organizational Structure. *American Sociological Review*, vol. 33, n. 3, p. 912-930, 1968.

ALEXANDER, J.C; SMITH, P. The Discourse of American Civil Society: a new proposal for cultural studies. *Theory Soc.* 22(2), p. 151-207, 1993.

ARCHER, M.S. *Culture and Agency: the place of culture in social theory*. New York: Cambridge University Press, 1988.

AVGEROU, C. Information systems and global diversity. Oxford: Oxford University Press. Vol. 1, p. 23-49. 2000.

BALBIM, Renato Nunes. Região, território, espaço: funcionalizações e interfaces. In CARLOS, Ana Fani (org). *Ensaio de Geografia Contemporânea*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Hucitec, p. 161-169, 2001.

BARDIN, Lurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARLEY, Stephen R.; TOLBERT, Pamela S. Institutionalization and Structuration: studying the links between action and institution. *Organization Studies*. Vol. 18, n. 1, p. 93-117, 1997.

BAUM, Joel A C.; OLIVER, Christine. Institutional embeddedness and the dynamics of organizational populations. *American Sociological Review*. Vol. 57, n.4, p. 540-559, aug. 1992.

BEEKUN, Rafik I.; GLICK, William H. Organization structure from a loose coupling perspective: a multidimensional approach. *Decision Sciences*. Vol. 32, n. 3, p. 227-250, 2001.

BELLAH, Robert; MADSEN, Richard; SULLIVAN, William; SWIDLER, Ann; TIPTON, Steven. *Habits of the Heart*. Berkeley: University of California Press, 1985.

BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. 19.ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

BERGER, Peter; LUCKMANN, T. *The Social Construction of Reality*. Garden City: Doubleday, 1966.

- BERGUER, Peter; LUCKAMN T. *The Social Construction of Reality*. Garden City, NY: Doubleday Anchor, 1967.
- BERK, G. *Alternative Tracks: the constitution of American industrial order 1896-1917*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994.
- BERKOWITZ, Stephen D. *An introduction to structural analysis: the network approach to social research*. Canadá: Butterworth Co., 1982.
- BLAU, Peter M. *Inequality and Heterogeneity*. New York The Free Press of Macmillan, 1977.
- BLAU, Peter M. *Structural sociology and network analysis*. In: MARSDEN, Peter; LIN, Nan. *Social structure and network analysis*. California: Sage Publications, 1982.
- BLUMBERG, Boris F. *Cooperation contracts between embedded firms*. *Organization Studies*, vol. 22, n. 5, p. 825-852, set/oct 2001.
- BOBROW, D.G; NORMAN, D.A. *Some principles of memory schemata*. IN COLLINS (eds) *Representation and understanding: studies in cognitive science*. New York: Academic Press, 1976.
- BORUM, Finn; WESTENHOLZ, Ann. *The incorporation of multiple institutional models: organizational field multiplicity and the role of actors*. In SCOTT, W. Richard.; SOREN, Christensen. *The institutional construction of organizations: International and longitudinal Studies*. London: Sages Publications, 1995.
- BOURDIEU, P. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1984.
- BOURDIEU, P. *Rethinking the State: g n sis and structure of the bureaucratic field*. *Sociological Theory*. Vol. 12, n. 1, p. 1-18, 1994.
- BOURDIEU, Pierre. *The forms of capital*. In RICHARDSON, John. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, 1986.
- BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Lo c J.D. *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
- BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Lo c. *Invitation to a Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.

- BRINT, Steven; KARABEL, Jerome. Institutional origins and transformations: the case of american community colleges. In: POWELL, W; DIMAGGIO, P. J. (Eds.). The new institutionalism in organizational analysis. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- BRINTON, M.C; NEE, V. The New Institutionalism in Sociology. New York: Russel Sage, 1998.
- BURKE, Peter J. An identity model for network exchange. American Sociological Review. Vol. 62, n. 1, p. 134-150, feb. 1997.
- BURNS, Tom R. Social rule system theory. In: BURNS, Tom R.; FLAM, Helena. The shaping of social organization. London: Sage Publicatios, 1990.
- BURNS, J.; NIELSEN, K. How Do Embedded Agents Engage in Institutional Change? Journal of Economic Issues. Vol. XL, n. 2, p. 449-456 jun/2006.
- BURT, R.S. Positions in networks. Social Forces. Vol. 55, pg. 93-122.
- BURT, Ronald S. Toward a structural theory of action: network models of social structure, perception, and action. New York: Academic Press, 1982.
- CARLEY, K.M. An approach for relating social structure to cognitive structure. Journal of Mathematical Sociology. Vol. 12, n. 2, p. 137-189, 1986.
- CARLEY, K.M. Knowledge Acquisition as a Social Phenomenon, Instructional Science. Vol. 14, p. 381-438, 1986
- CARLEY, K.M. Structural constrains on communication: the diffusion of the homorphic signal analysis technique through scientific fields. Journal of Mathematical Sociology, Forthcoming, 1988.
- CARLEY, Kathleen. A theory of group stability. American Sociological Review. Vol. 56, p. 331-354, 1991.
- CARLEY, Kathleen. The value of cognitive foundations for dynamic social theory. Journal of Mathematical Sociology. Vol. 14, n. 2, p. 171-208, 1989.
- CARRUTHERS, B. G. When is the state autonomous? Culture, organization theory, and the political sociology of the state. Sociological Theory. Vol. 12, n. 1, p. 19-44, 1994.
- CLEGG, Stewart R. Frameworks of Power. London: Sage, 1989.

- CLEGG, Stewart R. *Modern Organizations: organization studies in the postmodern world*. London: Sage, 1993.
- CLEMENS, B.W.; DOUGLAS, T.J. Understanding strategic responses to institutional pressures. *Journal of Business Research*. V. 58 P. 1205–1213, 2005.
- COLLINS, B.E; LOFTUS, E.P. A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review*. Vol. 82, p. 407-428, 1975.
- COLLINS, R. *The Sociology of Philosophies: a global theory of intellectual change*. Cambridge, MA: Belknap of Harvard Univ. Press, 1998.
- COLLINS, Randall. On the-microfoundations of macro-sociology. *American Journal of Sociology*. vol. 86, 1981.
- Conrad, P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232, 1992.
- CRANE, D. *Invisible Colleges: diffusion of knowledge in scientific communities*. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- D'ANDRADE, R. *The Development of Cognitive Anthropology*. New York:Cambridge University Press, 1995.
- DANIELS, Kevin; JOHNSON, Gerry; CHERNATONY, Leslie de.Task and institutional influences on managers' mental models of competition. *Organization Studies*. Vol. 1, n. 23, p. 31-62, 2002.
- DEGENNE, Alain; FORSÉ, Michel. *Introducing Social Networks*. London: Sage Publications, 1999.
- DILTHEY, W. *Selected works: hermeneutics and the study of history*. Princeton: Princeton University Press, 1999.
- DIMAGGIO, P. J. (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- DIMAGGIO, P. The Production of Scientific Change: Richard Peterson and the institutional turn in cultural sociology. *Poetics* (28), p. 107-36, 2000.

- DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, vol. 48, p. 147-160, 1983.
- DIMAGGIO, Paul. Culture and Cognition. *Annual Review of Sociology*. V. 23, 263-287, 1997.
- DIMAGGIO, Paul; POWELL, Walter. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago, 1991.
- DONABEDIAN, A. Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *Inquiry*. Spring 1988. P. 175–192.
- DOUGLAS, M. *How Institutions Think*. Syracuse: Syracuse University Press, 1986.
- DOUGLAS, Mary. *How institutions think*. Syracuse: Syracuse University Press, 1986.
- DRYZEK, John S. The informal logic of institutional design. In GOODIN, Robert E. *The Theory of Institutional Design*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- DUBOIS, Anna; HAKANSSON, Hakan. Relationships as activity links. In EBERS, Mark (Ed.). *The formation of inter-organizational networks*. New York: Oxford University Press, 1999.
- DURKHEIM, Emile. *The Rules of Sociological Method*. Londres: Macmillan, 1982.
- EBERS, Mark. Explaining inter-organizational network formation. In EBERS, Mark (Ed.). *The formation of inter-organizational networks*. New York: Oxford University Press, 1999.
- ELLINGSON, S. Understanding the dialectic of discourse and collective action: public debate and rioting in antebellum Cincinnati. *American Journal Sociology*. Vol. 101, p. 100-44, 1995.
- EMIRBAYER, Mustafa. Useful Durkheim. *Sociological Theory*. Vol. 14, n. 2, p. 109-130, 1996.
- EMIRBAYER, Mustafa; GOODWIN, J. Network analysis, culture, and the problem of agency. *American Journal Sociology*. Vol.99, p. 1411-1454.
- EMIRBAYER, Mustafa; GOODWIN, Jeff. Network Analysis, culture and the problem of agency. *American Journal of Sociology*, vol. 99, n. 6, p. 1411-1454, 1994.

- FISCHER, Tânia (org). Handbook de estudos organizacionais. São Paulo: Atlas. p. 137-195, 1999.
- FOUCAULT, Michel. Power/knowledge: Selected interview and other writings by Michel Foucault, 1972-77. Brighton: Harvester, 1980.
- FRIEDLAND, R.; ALFORD, R. Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions. (IN) POWELL, W; DIMAGGIO, P. The New Institutionalism in organizational analysis. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- FREIDSON, E., 1978. La Profesión Médica. Barcelona: Ediciones Península.
- FRIEDLAND, R; ALFORD, R. Bringing Society Back in: symbols, practices, and institutional contradictions. (IN) POWELL, W.W; DIMAGGIO, P. The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago, University Chicago Press, p. 223-262, 1991.
- GADAMER, H.G. Truth and Method. New York: Continuum Press, 1989.
- GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- GIBBONS, M. Hermeneutics, political inquiry, and practical reason: an evolving challenge to political science. American Political Science Review. Vol. 100, n. 4, p. 563-71, 2006.
- GIDDENS, Anthony. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- GIDDENS, Anthony. The constitution of society. Berkeley: University of California Press, 1984.
- GIDDENS, Antony. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- GIRAUD. Pierre-Noël. Local systems of small firms in the OECD area, facing economic globalisation. In Networks of enterprises and local development: competing and co-operating in local productive systems. 1996.
- GLASER, Barney; STRAUSS, Anselm. The Discovery of Grounded Theory. Chicago; Aldine Publishing. 1967.
- GOODSTEIN, J.D. Institutional pressures and strategic responsiveness: employer involvement in work–family issues. Academy of Management Journal. V. 37, p. 350– 82. 1994.
- GOFFMAN, Erving. Frame Analysis: an essay on the organization of experience. New York: Harper and Row, 1974.

- GOFFMAN, Erving. *Interaction Ritual*. Londres: Allen Lane, 1972
- GOFFMAN, Erving. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City: Doubleday, 1959.
- GOMES, Paulo Cesar da Costa. O conceito de região e sua discussão. In CASTRO (org). *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.
- GOODERHAM, Paul N. Institutional and rational determinants of organizational practices: human resource management in European firms. *Administrative Science Quarterly*. Sep, 1999
- GOODIN, Robert E. Institutions and their design. In GOODIN, Robert E. *The Theory of Institutional Design*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- GRANOVETTER, Mark S. The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*. Vol. 68, p. 1360-80, 1973.
- HABERMAS, Jürgen. *Between facts and norms*. Cambridge: MIT Press, 1996.
- Habermas, J. *The theory of communicative action*, vols. 1 & 2. (trans. Thomas McCarthy). Boston: Beacon Press. 1981
- HÄGERSTRAND, T. what about people in regional science?. *Papers of the Regional Science Association*,. Vol. 24, 1970.
- HALL, John. Public Narratives and the Apocalyptic Sect. In WRIGHT, Stuart. *Armageddon in Waco*. Chicago: University of Chicago Press, p. 205-235, 1995.
- HATCH, Mary Jo. *Organization Theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- HAVEMAN, H; RAO, H. Structuring a theory of moral sentiments: institutional and organizational coevolution in the early thrift industry. *American Journal Sociology*. Vol. 102, p. 1606-51, 1997.
- HAYEK, Amos H. *Individualism and Economic Order*. Chicago: University of Chicago Press, 1949.
- HAYS, Kim. *Practicing Virtues: moral traditions at quaker and military boarding schools*. Berkeley: University of California, 1994.
- HEADLEY, D.E.; MILLER, S. Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior. *Journal of Health Care Marketing*. Vol. 13, n. 4, p. 32-41. Dec/1993.

HININGS, C.R.; THIBAUT, L.; SLACK, T.; KIKULIS, L.M. Values and organizational structure. *Human Relations*. Vol. 49, n.7, p. 885-916, 1996.

HININGS, C.R.; GREENWOOD, Royston. *The dynamics of strategic change*. Oxford: Blackwell, 1988.

HOCHSCHILD, Arlie. Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*. Vol. 83, n. 3, p. 551-575, 1979.

HUANG, K.; PROVAN, K. Control of resources and patterns of network interaction under competing institutional pressures. *Academy of Management Best Conference Paper*, 2006.

HUNTINGTON, Samuel P. *Political order in changing societies*. New Haven: Yale University Press, 1968.

IBARRA, H.; TSAI, W.; KILDUFF, M. Zooming In and Out: Connecting Individuals and Collectivities at the Frontiers of Organizational Network Research. *Organizationa Science*. Vol. 16, n. 4, p. 359-371. Jul/aug 2005.

ISLAM, G.; ZYPHUR, M. Institutionalizing identities: communication skills and the making of doctors and patients. *Academy of Management Best Conference Paper* 2005.

IRVINE, Judith. Formality and Informality in Communicative Events. *American Anthropologist*. Vol. 81, p. 773-790, 1979.

JEPPERSON, R. L. Institutions, institutional effects, and institutionalization. In: Powell, W; DIMAGGIO, P. J. (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

JEPPERSON, R.L. Institutions, institutional effects, and institutionalism. (IN) POWELL, W; DIMAGGIO, P. *The New Institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

JEPPERSON, Ronald L.; MEYER, John W. The public order and the construction of formal organizations. In: POWELL, W; DIMAGGIO, P. J. (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991. KAUFMAN, Jason. Endogenous Explanation in the Sociology of Culture. *Annual Review of Sociology*: 30, p. 335-357, mar, 2004.

JONES, J. Understanding Environmental Influence on Human Service Organizations: A Study of the Influence of Managed Care on Child Caring Institutions. *Administration in Social Work*, Vol. 30(4) 2006.

KIMARO, H.; SAHAY, S. An Institutional Perspective on the Process of Decentralization of Health Information Systems: A Case Study From Tanzania. *Information Technology for Development*. Vol. 13, n. 4, p. 363–390. 2007.

University of Oslo, Department of Informatics

KNOKE, David. *Political Networks: the structural perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

KONDRA, Alex Z. Organizational Diversity and change in institutional theory. *Organization Studies*. 1998.

KRASNER, S.D. Approaches to the state: alternative conceptions and historical dynamics. *Politics*. Vol. 16, n. 2, p. 223-46, 1984.

LARSON, M. S., 1977. *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.

LAMONT, M. How to become a dominant french philosopher: the case of Jacques Derida. *American Journal Sociology*. Vol, 93, n. 3, p. 584-622, 1987.

LAUW, H.W.; PANG, H.; TAN, T.T. Social Network Discovery by Mining Spatio-temporal Events. *Computational & Mathematical Organization Theory*. Vol. 11, p. 97-118, 2005.

LAWRENCE, P.R.; LORSCH, J.W. Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 12, p. 1-47, 1967.

LEBLEBICI, H.; SALANCIK, G.R.; COPAY, A; KING, T. Institutional change and the transformation of interorganizational fields: an organizational history of the U.S radio broadcasting industry. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 36, p. 333-63, 1991.

LEE, H.; DELENE, L.; KIM, C. Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*. Vol. 48, p. 233–246. 2000.

LEFEBVRE, Henry. *The production of space*. Oxford: Basil Blackwell, 1991.

LICHTERMAN, Paul; ELIASOPH, Nina. Culture in interaction. *American Journal of Sociology*. Vol. 108, n. 4, p. 735-794, 2003.

- LIEBERSON, S; LYNN, F.B. Barking up the wrong branch: scientific alternatives to the current model of sociological science. *Annual Review Sociology*. Vol. 28, p. 1-19.
- LURIA, A.R. *Language and Communication*. New York: John Wiley and Sons, 1981.
- MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; FONSECA, Valéria Silva da.; FERNANDES, Bruno H.R. *Cognição e institucionalização na dinâmica da mudança em organizações*. In: MARQUES, T.G. *Estudos organizacionais: novas perspectivas na administração de empresas (uma coletânea Luso-Brasileira)*. São Paulo: IGLU, 2000.
- MARCH J.G. Exploration and exploitation in organizational learning. *Organizational Science*. Vol. 2, p. 71-87.
- MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. The New Institutionalism: organizational factors in political life. *American Political Science Review*. Vol. 78, p. 734-49, Sep. 1984.
- MARSDEN, Peter V.; FRIEDKIN, Noah E. Network Studies of social influence. In WASSERMAN, Satanley; GALASKIEWICZ, Joseph. (Eds.) *Advances in Social Networks Analysis: research in the social and behavioral sciences*. London: Sage, 1994.
- MARTIN, Xavier. Organizational evolution in the interorganizational environment: incentives and constraints on international expansion strategy. *Administrative Science Quarterly*. Sep/ 1998.
- MEYER, J. ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*. Vol. 83, p. 340-63, 1977.
- MEYER, J.W. The changing cultural content of the nation-state: a world society perspective. In *State/culture: State-formation after the cultural turn*. Ithaca: Cornell Univ. Press, 1999.
- MEYER, John. W; ROWAN, Brian. Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, vol. 83, p. 341-363, 1977.
- MIZRUCHI, Mark S. Social network analysis: recent achievements and current controversies. *Acta Sociologica*. Vol. 37, 1994.
- MIZRUCHI, Mark S. The social construction of organizational knowledge: a study of the uses of coercive, mimetic, and normative isomorphism. *Administrative Science Quarterly*. Dec. 1999.
- MOHR, J.W. Soldiers, mothers, tramps and others: discourse roles in the 1907 Charity Directory. *Poetics*. Vol. 22, p. 327-358, 1994.

NELSON, Reed E. On the shape of verbal networks in organizations. *Organization Studies*, vol. 22, n. 5, p. 797-823, sep./oct. 2001.

NORTH, D.C. *Institutions, institutional change and economic performance*. New York: Cambridge University Press, 1990.

OLIVER, Christine. Strategic responses to institutional process. *Academy of Management Review*, v. 16, n.1, p. 145-179, 1991.

OLIVER, Christine. The antecedents of deinstitutionalization. *Organization Studies*. Vol. 13, n. 4, p-563-588, 1992.

PADGETT, J.F; ANSELL, C. Robust action and the rise of the Medice. *American Journal Sociology*. Vol. 98, n. 6, p. 1259-319.

PARSONS, Talcott. *The System of Modern Societies*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.

PETERS ,B.G. *Institutional theory in political science: The “new” institutionalism*. Great Britain. 1999.

Biddles Ltd.

PETTIT, Philip. Institutional design and rational choice. In GOODIN, Robert E. *The Theory of Institutional Design*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

PFEFFER, J. *Organizations and organization theory*. Boston: Pitman, 1982.

REEVES, T.; DUNCAN, W.J.; GINTER, P.M. Strategic configurations in health services organizations. *Journal of Business Research*. Vol. 56, p. 31– 43, 2003.

RIBEIRO, J. M., 1995. *Ciência, Arte e Ação na Conformação da Técnica*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

RIBEIRO, J. M. & SCHRAIBER, L. B. A Autonomia e o Trabalho em Medicina. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (2): 190-199, abr/jun, 1994.

RICHARDSON, Roberto J. *Pesquisa social*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

RICOEUR, Paul. *The conflict of interpretation*. Evanston: Northwestern University Press, 1974.

- RING, Peter Smith; VAN DE VEN, A. Developmental process of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review*. Vol. 19, p. 90-118, 1994.
- ROGOFF, B. CHAVAJAV, P. What's become of research on the cultural basis of cognitive development? *American Psychological*. Vol. 50, p. 859-877.
- RUBEN, B.D; WEIMANN, J.M. The diffusion of scientific information in the communication discipline. *Communication Quarterly*. Vol. 27, n. 2, p. 47-53, 1979.
- RUEF, Martin. A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments. *Administrative Science Quarterly*. Dec. 1998.
- SAMPSON, S. F. 1968. A novitiate in a period of change: An experimental and case study of relationships. Cornell University, Ithaca, NY. 1968.
- SCOTT, W. Richard. *Institutions and Organizations*. London: Sage Publications, 1995.
- SCOTT, W. Richard. *Institutions and organizations: toward a theoretical synthesis*. In: SCOTT, W. Richard; MEYER, John W. *Institutional environments and organizations: structural complexity and individualism*. London: Sage Publications, 1994.
- SCOTT, W. Richard. *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*. 4^o ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 1998.
- SCOTT, W. Richard; MEYER, John W. The organizational of societal sectors: propositions and early evidence. In: POWELL, W; DIMAGGIO, P. J. (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.
- SELZNICK, P.H. *TVA and the Grass Roots*. Berkeley: University of California Press, 1949.
- SELZNICK, P. H. Institutionalism "old" and "new." *Administrative Science Quarterly*, 41: 270-277. 1996.
- SEO, M.; CREED, D. "Institutional Contradictions, Praxis, and Institutional Change: A Dialectical Perspective." *Academy of Management Review*. Vol 2, p. 222-47, 2002.
- SEWELL, W.H. A theory of structure: duality, agency and transformation. *American Journal Sociology*. Vol. 98, p. 1-29.
- SEWELL, W.H. A theory of structure: duality, agency, and transformation. *American Journal Sociology*. Vol. 98, n. 1, p. 1-29, 1992.

- SILVERMAN, David. *The theory of organizations*. New York: Basic Books, 1971.
- SIMMONS, R. Semantic Networks: their computational use for understanding English sentences. IN SCHANK, R; COLBY K. (Eds.) *Computer models of thought and language*. San Francisco: W.H. Freeman, Publisher, 1973.
- SMIRCICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 28, p. 339-58, 1983.
- SMITH, Ken G.; CARROLL, Stephen J.; ASHFORD, Susan J. Intra- and interorganizational cooperation: toward a research agenda. *Academy of Management Journal*. Vol. 38, n. 1, p. 7-23, feb. 1995.
- SOMERS, M. What's political or cultural about political culture and the public sphere? Toward an historical sociology of concept formation. *Sociology Theory*. Vol. 13, n. 2, p. 113-144, 1995.
- SOWA, J.F. *Conceptual Structures*. Reading: Addison-Wesley, 1984.
- SPINK, M.J.P. *Práticas discursivas e a produção de sentidos*. São Paulo: Cortez, 1999.
- SPINK, Peter. O lugar do lugar na análise organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, vol. 5, p. 11-34, dez. 2001.
- STEVENS, Mitchell. Neoinstitutionalism and Social Movement Research: hierarchy and autonomy in the home education movements. *American Sociological Association Meetings*. Aug, 1996.
- STRANG, D; MEYER, J. Institutional conditions for diffusion. *Theory Sociology*. Vol. 22, p. 487-511, 1993.
- STRYKER, R. Rules, resources, and legitimacy processes: some implications for social conflict, order, and change. *American Journal Sociology*. Vol. 99, n. 4, p. 847-910, 1994.
- SUCHMAN, Mark C. Localism and globalism in institutional analysis: the emergence of contractual norms in venture finance. In: SCOTT, W. Richard.; SOREN, Christensen. *The institutional construction of organizations: international and longitudinal studies*. London: Sage Publications, 1995.
- SUCHMAN, Mark. Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*. Vol. 20, p. 571-610, 1995.

SWIDLER, A. Culture in Action: symbols and strategies. *American Sociological Review*. Vol. 51, p. 273-86, 1986.

SWIDLER, A. Culture in action: symbols and strategies. *American Sociology Review*. Vol. 51, n. 2, p. 273-286, 1986.

TAYLOR, C. *Human Agency and Language. Philosophical Papers*. New York: Cambridge University Press, 1985.

THOMPSON, James David. *Organizations in action: social science bases of administrative theory*. New York: McGraw-Hill, 1967.

TOLBERT, P.; ZUCKER L. Institutional Sources of Change in the Formal Structure of Organizations: the diffusion of civil service reform, 1880-1935. *Administrative Science Quarterly*. Vol. 28, p. 22-39, 1983.

TREVIZAN, M.; MENDES, I; GODOY, ALVES, L; RODRIGUEZ, E. Trajetória do enfermeiro em um hospital universitário em quatro décadas: pressupostos de inovação de seu papel gerencial. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2005, vol. 58, no. 2, pp. 200-202. TURNER, JONATHAN H. *A theory of social interaction*. Stanford: Stanford University Press, 1988.

VICO, G. *The New Science*. Ithaca: Cornell University Press, 1968.

VYGOTSKY, L.S. *Thought and Language*. New York. Wiley, 1962.

WALKER, G. Network position and cognition in a computer software firm. *Administrative Science Quarterly*. V. 30 p. 103–130. 1985.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. *Social Network Analysis: methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

WELLS, Rebecca. How institutional theory speaks to changes in organizational populations. *Health Care Manage Review*. Vol. 26, n. 2, p. 80-84, 2001.

WESTPHAL J.D.; GULATI, R.; SHORTELL, S.M. Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. *Administrative Science Quarterly*, 42: 366-394, 1997.

WESTPHAL J.D; ZAJAC E.J. 1998. The symbolic management of stockholders: Corporate governance reforms and shareholder reactions. *Administrative Science Quarterly*, 43: 127-153, 1998.

WICKS, David. Institutionalized mindsets of invulnerability: differentiated institutional fields and the antecedents of organizational crisis. *Organization Studies*, vol. 22, n. 4, p. 659-692, jul./aug. 2001.

WUTHNOW, R. *Meaning and Moral Order: Explorations in Cultural Analysis*. Berkeley: Univ. California Press, 1987.

ZHOU X. Occupational power, state capacities, and the diffusion of licensing in the american states, 1890 to1950. *American Sociology Review*. Vol. 58, p. 536-52, 1993.

ZINN, Jacqueline S. Resource dependence and institutional elements in nursing home TQM adoption. (total quality management). *Health Services Research*. 1998.

ZUCKER, Lyanne G. The role of institutionalization in cultural persistence. *American Sociological Review*. Vol. 42, n. 5, p. 726-743, oct. 1977.

ZUCKER, Lyanne G. The role of institutionalization in cultural persistence. In: POWELL, W; DIMAGGIO, P. J. (Eds.). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

ANEXO 1: ENTREVISTAS

- Identificações Funcionais: Contrato, Tempo, Funções Ocupadas
- Trajetoria do agente no HC –UFPR.
- Trajetória do HC.
- Percurso das práticas de ensino, pesquisa e assistência.
- Identificação dos principais agentes.
- Identificação das principais pressões externas e internas.
- Principais estruturas (regras, normas, valores, padrões, identidade/finalidade) vigentes nos diferentes momentos.
- Relações de Poder: recursos alocativos, autoritários.
- Interações e relações entre os departamentos, disciplinas, cursos.
- Discursos vigentes.
- Principais episódios e influência sobre as práticas.
- Principais fatores condicionantes das práticas.
- Contradições, Conflitos, Rotinas.
- Perspectivas.
- Condutas estratégicas.

Pesquisas Documental

- Atas de todas as reuniões do Conselho de Administração do Hospital. Totalizaram 800 reuniões registradas em 21 Livros Atas. Destas 8 manuscritas (*ad hoc*) constituindo 3.200 folhas de registros detalhados de reuniões. Demais passam a ser digitadas contanto com secretária, contanto com aproximadamente 200 folhas cada livro.
- Outras fontes: Informativos do HC, Publicações do Sinditest, Site do HC-UFPR, Leis, Ofícios, Relatórios.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)